

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE
DU COL UTÉRIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Décembre 1922

PAR

Auguste-François-Marie RIVOALEN

Médecin de 3^e Classe de la Marine

Croix de Guerre

Né à CAULNES (Côtes-du-Nord), le 4 Septembre 1898

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES..... professeur.	<i>Président.</i>
		ABADIE..... professeur.	<i>Juges.</i>
		VERGER..... professeur.	
		PERRENS..... agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D. GOMEZ et C^{ie}
111, Cours de la Marne, 111

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE
DU COL UTÉRIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Décembre 1922

PAR

Auguste-François-Marie RIVOALEN

Médecin de 3^e Classe de la Marine

Croix de Guerre

Né à CAULNES (Côtes-du-Nord), le 4 Septembre 1898

Examinateurs de la Thèse

{	MM. PETGES..... professeur.	<i>Président.</i>
	ABADIE..... professeur.	{ <i>Juges.</i>
	VERGER..... professeur.	
	PERRENS agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D. GOMEZ et C^{ie}
111, Cours de la Marne, 111

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique .. LAGRANGE.
Clinique chirurgicale CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique BEGOUIN.
Clinique d'accouchements.. RIVIERE.	Clinique médicale des maladies des enfants MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique SABRAZES.	Chimie biologique et médic. DENIGES.
Anatomie PICQUE.	Physique pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie génér. et histologie G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et Clinique des malad. exotiques. LE LANTEC.
Physiologie PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques W. DUBREUIL
Hygiène AUCE.	Clinique des maladies des voies urinaires POUSSON.
Médecine légale et déontologie VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ABADIE.
Physique biologique et chimie d'électricité médic. BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie MRURE.
Chimie CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée BARTHE.
Botanique et matière médic. BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie SELLIER.
Pharmacie DUPOUY.	
Zoologie et parasitologie ... MANDOUL.	
Médecine expérimentale FERRE.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie). CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie ... N...	Médecine générale CREYX.
Histologie LACOSTE (chargé)	Maladies mentales MICHELEAU.
Physiologie DELAUNAY.	Médecine légale PERRENS.
Anatomie pathologique MURATET.	Chirurgie générale LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles (R. SIGALAS (chargé))	Obstétrique ROCHER.
Physique biologique et médicale N...	Ophtalmologie DUVERGEY.
Chimie biologique et médicale.. RECHOU.	Pharmacie PAPIN.
Médecine générale N...	 PERY.
..... MAURIAC.	 FAUGERE.
..... LEURET.	 TEULIERES.
..... DUPERIE.	 N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire CAVALIE.	Puériculture ANDERODIAS.
Médecine opératoire VENOT.	Chimie LABAT.
Accouchements FAUGERE.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques RANGIER.
Ophtalmologie CABANNES.	Pathologie interne CREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Bien faible témoignage de reconnaissance.

A MA FEMME

A MES ENFANTS CHERIS

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL DE 1^{re} CLASSE
BELLOT

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies.*

Commandeur de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction Publique.

— — —

A MON PRESIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Croix de Guerre.

En témoignage de reconnaissance pour la
bienveillance avec laquelle il daigna nous
guider dans notre travail et l'honneur qu'il
nous fit en acceptant la présidence de notre
thèse.

HISTORIQUE

Syphilis primaire.

Avant d'examiner la question de la syphilis du col utérin, il convient de jeter un coup d'œil rapide sur le passé et de noter la succession des recherches antérieures. Elles sont très nombreuses : un aperçu chronologique figure déjà dans les thèses de Schwartz (1873) et de Passenaud (1904). Aussi rappellerons-nous simplement pour mémoire la série des publications inaugurée par Ricord avec ses *Mémoires sur quelques faits d'ulcérations vénériennes observées à l'hôpital de Lourcine* (1833) ; celles de Gosselin (1843), Bernutz (1855), Sigmund (1863), datant toutes d'une époque où la confusion régnait dans la description des chancres. Alphonse Guérin, en 1864, puis Rollet (1866), Desprès (1870), Courty (1872) semblent s'être montrés plus soucieux d'identifier le chancre induré en le distinguant du chancre mou, mais il faut en arriver à Fournier (1873), pour trouver une première description qui ne laisse plus de doute au sujet de la nature des lésions observées. Son *Traité de la Syphilis de la femme*, ainsi que la thèse de son élève Schwartz (1873) s'imposent par la richesse de l'observation et le souci de l'exactitude scientifique.

Dès lors, les lésions syphilitiques de l'utérus ayant leur place bien définie dans le cadre nosologique, on s'attache à étudier leur fréquence. Klink (1878), Rasumow (1880), Mrazech (1881), Neumann (1896) publient, à cet égard, des

statistiques variables, jointes à des études auxquelles nous aurons l'occasion de nous reporter dans la suite.

Mais l'intérêt suscité par l'étude de ces lésions ne se cantonne pas dans les milieux dermatologiques. Les accoucheurs envisagent les conséquences pathologiques de la syphilis primaire utérine au point de vue obstétrical. Blandin (1901), Brindeau (1902), Rudeaux (1904), les thèses de Le Bigot (1899) et de Férouelle (1902) apportent des observations instructives à cet égard.

En 1904, un article de Thibierge et la thèse de Passenaud complètent la description du chancre syphilitique du col utérin en signalant à côté de la forme classique, papule-érosive, une forme ulcéreuse dont l'aspect morphologique peut en imposer pour un chancre du col. Justement, l'année précédente, MM. Rostaine et Druelle, avaient publié deux cas d'ablation de chancres syphilitiques, pris pour des tumeurs malignes.

A la même époque, Rille, étonne le monde médical par sa statistique personnelle de 160 chancres du col observés dans l'espace de 5 ans. Cette publication va-t-elle modifier les opinions anciennes et faire admettre la fréquence beaucoup plus grande du chancre utérin ? Non. C'est ainsi que quelques années plus tard, en 1913, Zomakion n'accuse, sur une importante statistique de 8.500 chancres syphilitiques, que 2 localisations sur le col.

Dans l'intervalle, en dehors de l'*Atlas* d'Oppenheim (1908), riche de 12 planches en couleurs et de nombreuses observations, on ne trouve dans la littérature médicale que des observations isolées, que nous avons pu réunir presque au complet. L'Italien Ungaro (1908) en a publié 3 cas intéressants, mais en attribuant à ses compatriotes le principal rôle dans la mise au point de nos connaissances au sujet de la syphilis utérine, il semble plus soucieux du prestige national que de l'exactitude historique. Nous citons les autres auteurs suivant un ordre chronologique : Moraller (1908); Ivens (1908); Skutul (1911) auteur d'une importante

statistique ; Ozenne et Durœux (1912) ; Gaucher et Giroux (1913) ; Zomakion (1913) ; Shillitoé (1914) ; Wile et Senear (1915). Toutes les observations publiées par eux figurent à la fin de ce travail.

En 1916, à la Société Américaine de Gynécologie, Gelhorn et Ehrenfest produisent un rapport très documenté sur « *La Syphilis des organes génitaux internes de la femme* », qui constitue le travail de synthèse le plus intéressant publié jusqu'à ce jour sur la question.

Enfin, plus près de nous, il importe de mentionner le livre d'Ozenne sur *la Syphilis de l'Utérus et de ses Annexes* (1920) ; une observation de Belgodère (1921) sur un cas de chancre intracervical ; une autre de Lautuéjoul (1921) qui rapporte un cas de dystocie dû à la présence d'un chancre sur le col utérin d'une femme enceinte ; enfin des articles allemands de Liegner, Meyer, Dora Fuchs (1921) qui tous, semblent destinés à mettre en relief la fréquence de la syphilis utérine.

Syphilis secondaire.

Au sujet de la syphilis secondaire, la littérature médicale est beaucoup plus discrète ; il semble que la première mention en ait été faite par Duparcque dans son *Traité des maladies de la matrice* (1836) où il cite quelques cas d'ulcérations secondaires étendues, simulant un cancer.

En 1860, Aran décrit les plaques muqueuses du col utérin comme des condylomes violacés disséminés au pourtour de l'orifice.

Nous retrouvons ensuite les mêmes noms que dans l'histoire de la Syphilis primaire : Fournier, dans ses *Leçons sur la syphilis de la femme* (1873) et dans son *Traité* (1896) décrit avec sa maîtrise habituelle les trois formes de lésions secondaires qu'on rencontre ordinairement sur le col : érosions, papules et ulcérations. Cette classification est encore adoptée aujourd'hui.

En 1877, le Dr de Fourcauld décrit dans sa thèse une forme hypertrophique exulcération, analogue à l'hypertrophie secondaire des amygdales, qui nous semble en réalité assez peu commune. Quatre ans plus tard paraît une autre thèse de Fouquier sur la syphilis secondaire de l'utérus.

De Luca, en 1889, publie une des rares statistiques de fréquence qu'on trouve dans la littérature.

Plus près de nous, on peut citer des observations de Gaucher (1904), Ozenne (1905), Guillemot (1907), Pinkus (1906), l'atlas d'Oppenheim qui renferme à côté de nombreuses planches une description détaillée des lésions ; son souci de classification minutieuse s'y manifeste et nous y trouvons les papules divisées en variétés lenticulaire non érodée, lenticulaire érodée, hypertrophique diphtéroïde et hypertrophique ulcérée!

En 1916, le rapport de Gellhorn et Ehreufest, déjà cité, apporte 8 observations nouvelles. Enfin avec les articles de Norris (1916), de Gellhorn (1918) et le traité d'Ozenne sur la *Syphilis de l'Utérus et ses annexes* (1920), s'achève la liste peu importante des travaux consacrés à la syphilis secondaire du col.

Etant donnée la valeur des publications antérieures et l'autorité de ceux qui se sont occupés de la question avant nous, une prétention à la nouveauté ne saurait être admise de notre part. Aussi n'avons-nous pas enfermé notre modeste travail dans le cadre étroit d'une description trop souvent reprise. Le livre de Fournier restera toujours à ce point de vue le modèle du genre et nous n'aurions pu mieux faire que de le copier fidèlement.

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur Petges, auquel nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance, nous avons pu réunir dans son service de l'hôpital Saint-Jean les éléments d'une statistique importante et étudier la fréquence de la syphilis primaire et secondaire de l'utérus. La plupart des travaux analogues remontent en effet à une

époque où l'on n'était pas en possession des critères qui permettent actuellement de juger rapidement la nature d'une lésion. Nos anciens ne connaissaient ni le tréponème, ni la réaction de Bordet-Wassermann, ni le traitement arsenical qui constitue mieux que le mercure et l'iodure le véritable agent du traitement d'épreuve. Une nouvelle statistique aurait donc à elle seule son opportunité.

C'est à dessein que nous avons laissé de côté la syphilis tertiaire qui se manifeste rarement au niveau du col et dont la thèse récente de Laffont (1908) a épuisé l'étude pour l'instant.

La fréquence moyenne de ces lésions une fois établie, aussi scientifiquement contrôlée que les méthodes actuelles le permettent, nous avons étudié les conditions un peu particulières de leur découverte, souvent liée au hasard, ce qui nous a conduit à exposer nos raisons de croire à une fréquence réelle beaucoup plus grande.

L'étude des causes favorisantes locales que rencontre l'infection spécifique au niveau du col utérin complète cette démonstration et vient étayer nos hypothèses.

Nous avons à dessein abrégé l'étude de ces chapitres à propos de la syphilis secondaire pour éviter des redites et il nous a paru intéressant, pour les deux stades, de terminer par une courte étude clinique destinée à en rappeler les points de symptomatologie et de diagnostic capitaux.

Parmi les observations qui suivent, les unes proviennent des publications remontant aux vingt dernières années, que nous avons à peu près complètement dépouillées. M. le Professeur Dubreuilh eut l'amabilité de nous en confier une ; enfin, les autres, inédites, ont été gracieusement mises à notre disposition par M. le Professeur Petges qui a ainsi assuré à notre modeste travail son seul titre à l'originalité.

CHAPITRE I

La Syphilis primaire du Col utérin

1. — FREQUENCE.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence qu'il convient d'attribuer aux accidents primaires syphilitiques du col utérin. Les statistiques publiées sont nombreuses et plusieurs remontent à un passé déjà lointain. Aussi n'avons-nous pris en considération que les travaux postérieurs à l'époque où la distinction entre le chancre mou et le chancre syphilitique fut chose établie, c'est-à-dire vers 1870.

Tableau comparé des diverses statistiques.

Klink.....	d'ap. 332 mal. obs.,	estime la fréq. à	2,4 %;
Rasumow ..	— 1347	—	0,94 %;
Fournier ...	— 249	—	5,2 %;
Mrazech	— 437	—	4,7 %;
Neumann ...	— 757	—	15 %;
Oppenheim			8 à 10 %;
Raineri			5,3 %;
Wile et Senear —	50	—	4 %;
Le Pileur ...	— 546	—	9,8 %;
Ozenne	— 31	—	9,6 %;

Il conviendrait d'ajouter à ce tableau les chiffres fournis par Rille, qui, en 1904, prétendit avoir observé en l'espace de 5 ans 160 chancre indurés du col, ce qui entraîne un pourcentage très élevé.

Nous ferons remarquer qu'un grand nombre de ces statistiques, celles de Neumann et de Rille, notamment, qui semblent les plus excessives dans leurs résultats, datent d'une époque où n'existaient en somme que des certitudes cliniques. On ne connaissait ni le spirochète ni la réaction de Bordet-Wassermann et c'est justement en grande partie sur les témoignages de laboratoire que nous comptons à l'heure actuelle pour trancher les cas douteux. Les statistiques actuelles sont plus près de la vérité en ce sens qu'elles reflètent les progrès accomplis en matière de diagnostic. En dehors des recherches de laboratoire, n'avons-nous pas pour nous éclairer les effets rapides du traitement arsenical qui, en guérissant rapidement les lésions suspectes, révèle du même coup leur nature spécifique ? Pour toutes ces raisons, nous accorderons plus de crédit aux statistiques de Skutul (1911), qui, en compilant de nombreux documents, conclut à un pourcentage de 1,5 %; de Zomakion, qui, à la clinique d'Odessa, n'a trouvé que 2 cas absolus nets de chancre du col sur 8.500 malades observés. M. le Professeur Petges a bien voulu mettre à notre service les résultats de son expérience personnelle. De 1919 à 1922, il a pu suivre à l'hôpital Saint-Jean 542 prostituées syphilitiques hospitalisées d'office, soit pour des manifestations contagieuses de leur syphilis, soit pour gonococcie ou chancre mou. Nous n'avons retenu que les 327 observations de malades atteintes de syphilis floride, parmi lesquelles 8 ont présenté un chancre induré du col utérin. Le pourcentage s'élève donc pour nous à 2,4 %. Une remarque s'impose toutefois : quelques-unes des statistiques antérieures sont établies par rapport aux chancre constatés sur les autres parties du corps; si nous avions procédé de la sorte, notre pourcentage serait beaucoup plus important, mais inexact,

car, dans le milieu qui nous occupe, il est rare d'observer les chancres habituels, extérieurs. La raison en est simple : la malade a vite fait de remarquer elle-même un chancre vulvaire et, comme son plus vif désir est d'échapper à l'hospitalisation d'office, elle s'arrange de façon à se faire soigner en ville, ce qui est bien, ou de façon à échapper à la visite fatale, ce qui est déplorable au point de vue de la prophylaxie. Il en résulte que, dans ces conditions, on n'arrive à surprendre que les chancres ignorés des malades elles-mêmes, et une statistique faite sur ces bases ne donnerait qu'une fausse idée de la fréquence de l'accident cervical. Si nous disions, par exemple : « La localisation utérine ne rencontre une fois sur 5 », la proposition vaudrait pour la pratique du dispensaire, mais serait fausse au point de vue général. Il est plus rationnel de tenir compte de tous les cas de syphilis récentes, florides, et de baser sur eux une appréciation. Nous dirons donc que, sur 100 femmes en période de syphilis floride, il y en a 2 ou 3 chez lesquelles on découvre un chancre cervical.

Les gynécologues penseront encore que c'est beaucoup, car ils n'ont pour ainsi dire pas l'occasion de voir des chancres du col utérin : cela tient tout simplement à ce que ces lésions n'ont pas de symptôme-signal susceptible de conduire la malade à l'examen du gynécologue, tandis que les prostituées en carte subissent une visite périodique du vagin et du col au spéculum.

A défaut de certitudes scientifiques, beaucoup de raisons nous donnent à penser que cette fréquence est ainsi sous-estimée.

Comment arrive-t-on, en effet, à la constatation d'un chancre cervical ? En dehors de l'examen systématique des prostituées, qui offre, en somme, une des meilleures chances d'information, on ne découvre que par hasard un accident primaire aussi bien dissimulé. La plupart du temps, c'est une femme inquiète de l'apparition de phénomènes secondaires, locaux ou généraux, ou de la présence

d'une adénopathie insolite, qui vient s'offrir à l'examen; si le chancre n'a pas disparu entièrement à cette période, il risque d'être décelé, tout au moins à l'état de traces. Ou bien c'est l'examen des organes génitaux à l'occasion d'une affection locale concomitante, vaginite ou métrite, qui provoque la découverte du chancre. Dans plusieurs observations que nous rapportons, on note la coexistence d'une blennorrhagie révélatrice. Nous ne pouvons mieux faire que de citer à l'appui de nos dires le témoignage de Fournier : « Dans tous les cas que j'ai observés, les malades avaient été conduites à l'hôpital par une raison autre que le chancre : celle-ci, par un herpès vulvaire; celle-là, par une vaginite; telle autre, par des végétations; telle autre, enfin, par des lésions secondaires. Et ces femmes étaient fort étonnées quand nous leur apprenions qu'elles portaient une plaie sur la matrice, plus étonnées encore quand nous leur disions que cette plaie était un chancre. »

La grossesse fournit encore une source importante d'information; plusieurs chancres du col, qui, sans doute, auraient passé inaperçus dans d'autres conditions, ont été découverts à l'occasion d'un examen obstétrical, soit pendant la gestation, soit au moment du travail (observation XVI). Il est rare que le chancre s'impose par des symptômes propres et conduise la malade à solliciter l'avis du médecin, en particulier du gynécologue; c'est à peine si l'on note quelques cas où un écoulement de sang notable mit sur la voie du diagnostic (observation XV).

En somme, il se dégage de ces faits l'impression que la découverte de l'accident primaire cervical est due, dans la plupart des cas, au hasard. Il y a tellement de raisons pour qu'il passe inaperçu : son siège, son indolence complète, la rareté d'une adénopathie palpable, et enfin la rapidité de son évolution, sur laquelle Thibierge a particulièrement insisté : « Soumis à l'action d'une température constante et relativement élevée, combinée avec une humidité également constante, soustrait aux frottements, aux

irritations, même à la plupart des infections qui prolongent la durée des chancres de la vulve ou du penis et des chancres de la cavité buccale, le chancre du col utérin est dans des conditions tout spécialement favorables à sa guérison rapide. » Ces raisons sont encore plus valables s'il s'agit d'un chancre intracervical.

Mais admettons même qu'on remarque sur le col la présence d'une ulcération suspecte. Il peut y avoir erreur de diagnostic, et la plus fréquemment commise consiste à le prendre pour un épithélioma. Ce n'est pas une simple vue de l'esprit, puisque MM. Rostaine et Druelle rapportèrent en 1903, dans les *Archives de Médecine*, deux cas d'ablation de chancres syphilitiques du col pris pour des tumeurs malignes. Plus récemment, M. Gaucher donnait deux nouveaux exemples de cette confusion :

Une femme entre dans mon service pour une éruption généralisée de syphilides papuleuses, accompagnée de céphalagie surtout nocturne. Le diagnostic de syphilis secondaire ne peut faire aucun doute. Or, cette femme sort d'un autre hôpital où un chirurgien lui a pratiqué l'amputation du col pour un cancer dont la plaie opératoire n'est pas cicatrisée mais se cicatrisera rapidement, en même temps que disparaîtra l'éruption spécifique et que se calmeront les maux de tête sous l'influence du traitement mercuriel. C'est un prétendu cancer utérin, opéré, qui ne récidivera pas.

Seconde observation semblable : Une femme entre dans mon service à l'hôpital Saint-Louis avec une roséole spécifique. Elle sort également d'un service de chirurgie où elle a été opérée par un traitement dont la vogue n'a pas été de longue durée, le carbure de calcium. Elle guérit comme la précédente, par la médication mercurielle et ce sera un succès de plus qui pourra être enregistré à l'actif de la guérison du cancer de l'utérus par la chirurgie. »

Aussi ne devons-nous pas nous étonner outre mesure en lisant Meyer, qui estime que 15 % des femmes syphiliti-

ques ont eu au niveau de l'utérus leur accident primaire. Il est certain que, d'après des travaux assez récents, on est en droit d'affirmer que le col de l'utérus participe à l'infection primaire d'une façon plus importante qu'on ne le croyait jusqu'ici. C'est ainsi que D. Fuchs, examinant des femmes mariées à des syphilitiques, a trouvé le spirochète dans leur canal cervical sans qu'elles présentent d'autres symptômes d'imprégnation spécifique. Le résultat positif de la réaction de Bordet-Wassermann lui prouva, de plus, que cette présence d'éléments pathogènes n'était pas fortuite. Il est possible qu'on doive la rattacher à l'existence d'une lésion primaire intracervicale, inaccessible à nos moyens d'investigation.

Ces constatations récentes méritent d'être apportées en contribution à l'étude de la syphilis dite décapitée. Nous savons, d'après Fournier, qu'on l'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme (30 % des cas au lieu de 11 % chez l'homme). Cette différence ne serait-elle pas due en partie à ce que la femme, en raison des particularités de son anatomie génitale, dissimule plus aisément l'accident primaire ? Nous serions tentés d'attribuer au chancre intracervical notamment, dont Fournier déclare l'existence « possible, rationnellement acceptable », et dont Belgodère décrit un cas très net (obs. XVII), un certain rôle dans la méconnaissance de l'accident primaire chez la femme. En admettant même que, dans tous les cas de syphilis sans chancre, on ait examiné assez soigneusement et assez fréquemment la portion vaginale du col pour éliminer cette localisation possible(conditions rarement réalisées en pratique), il reste à envisager la possibilité d'un chancre intracervical. Gaucher, d'après sa communication faite à l'Académie de médecine, en 1916, aurait nié cette localisation au nom de la structure histologique de l'organe : « Le chancre n'étant que la réaction de l'épiderme en présence de l'inoculation syphilitique, il doit faire défaut quand cette localisation n'est pas épidermique... Toute syphilis

inoculée sur une autre muqueuse que les muqueuses dermo-papillaires ne débute pas par un chancre. »

Nous avons cependant la preuve que l'intérieur du canal cervical tapissé normalement par une muqueuse cylindrique peut loger un chancre, aussi bien d'ailleurs que la fosse naviculaire de l'urèthre et l'urèthre lui-même (Berkeley Hill, Pousson, Fleury et Albarran, etc.). Il est vrai que l'infection chronique aboutit souvent, dans ce dernier organe, à la transformation de l'épithélium cylindrique normal en un épithélium pavimenteux. Peut-être faut-il invoquer des altérations du même genre dans le canal cervical ? Il appartient aux histologistes d'éclaircir ce point, et nous ne voulons en retenir que ceci : c'est que le col utérin peut dissimuler dans son canal central des lésions primaires ayant de grandes chances de rester méconnues. Nous ne prétendons pas expliquer par là tous les cas de syphilis sans chancre dont M. Gaucher apporte, dans l'article cité plus haut, des cas indiscutables, mais, tout au moins, à en rattacher quelques-uns à une cause que l'on n'avait pas envisagée avec assez d'importance jusqu'ici.

2. — PATHOGENIE

Une statistique de Fournier qui porte sur 249 cas de chancres syphilitiques observés au niveau des organes génitaux féminins, montre qu'après la vulve, siège de beaucoup le plus fréquent, c'est le col de l'utérus qui est le plus souvent intéressé. Le vagin ne l'est qu'exceptionnellement, alors qu'*a priori* on serait en droit de supposer le contraire. Car la muqueuse vaginale n'est ni moins exposée à la contamination ni moins sujette aux effractions traumatiques et pathologiques. Sauf dans le cas d'un chancre du méat ou de la partie toute antérieure du pénis, il est impossible que l'accident de l'appareil génital mâle puisse venir en contact avec le col utérin. Or, le chancre du méat est fort

rare, et il y a des cas où l'on a pu suivre le processus de contagion sans que l'argument du contact direct puisse être invoqué. Un chancre de la rainure balano-préputiale, par exemple, ne peut s'inoculer directement sur le col, et cependant les deux lésions peuvent découler l'une de l'autre (obs. XVII). Le virus étant introduit dans la cavité vaginale, quelles raisons l'attirent donc de préférence vers le col ? Fournier explique l'immunité du vagin par « la résistance de la muqueuse vaginale, laquelle est formée d'un tissu conjonctif très dense, très riche en fibres élastiques, et doublée, en outre, d'un épithélium très épais. » Il est logique de penser, en effet, que l'extensibilité des parois vaginales, renforcées par une couche musculaire importante permet à la muqueuse de se dérober aux traumatismes et d'éviter les éraillures et les excoriations.

Mais la question est d'importance et mérite d'être envisagée à un point de vue plus général. Le vagin n'est pas la seule cavité naturelle où l'on observe des phénomènes semblables. Prenons l'exemple de la cavité buccale : le chancre de l'amygdale est d'une très grande fréquence, et personne ne croit plus aujourd'hui qu'un contact direct entre un objet contaminé et l'amygdale soit indispensable pour provoquer un accident primaire sur cet organe. La thèse de Raguenaud (1921) explique cette localisation par l'anatomie de l'amygdale : « Elle est située au point le plus rétréci faisant communiquer les cavités buccale et pharyngée; elle a un aspect tomenteux et contient de nombreuses cryptes... Les saillies, les plis de sa surface et les cryptes inclus dans son épaisseur favoriseront le ralentissement et la stagnation de la salive, dans laquelle pullulent une si grande quantité de germes microbiens. »

On peut établir, à ce point de vue, un parallèle entre le chancre du col utérin et celui de l'amygdale. Là aussi le tréponème choisit son terrain. Sans invoquer une analogie exacte de structure, on peut cependant faire état de l'existence de glandes dans la muqueuse du col, alors que le

vagin en est dépourvu. Quant à la présence de cryptes intervenant, d'après Raguenaud, pour retenir la salive, elle est rendue inutile dans le cas particulier, par la déclivité naturelle du vagin dans le décubitus dorsal, qui suffit à assurer une stagnation virulente dans les culs-de-sac, où le tréponème trouve d'autre part une température constante, une protection contre les causes d'irritation extérieure, conditions éminemment favorables à son développement.

En dehors de ces raisons anatomiques, il convient aussi de faire appel à des causes pathologiques : le chancre se développe fréquemment sur une érosion préexistante, fait dont on peut se rendre compte dans quelques planches de l'Atlas d'Oppenheim. Ces érosions ne sont pas chose rare au niveau du col, qu'il s'agisse de manifestations de métrite cervicale avec ulcération banale ou gonococcique, ou, plus rarement, de vésicules d'herpès ulcérées.

Cette fréquence de la blennorrhagie antérieure, retrouvée dans presque toutes nos observations, semble indiquer que la première infection a « fait le lit » de la seconde, à moins qu'il ne s'agisse d'une coïncidence singulièrement répétée; nous penchons plutôt en faveur de la première explication.

Pour épuiser le sujet des causes prédisposantes, il convient aussi d'envisager les relations du chancre du col avec la grossesse; la multiparité, en maltraitant le col utérin, en y produisant des déchirures, des lacérations, peut jouer un rôle d'appel indéniable. Enfin, il n'est pas rare de voir le chancre se développer pendant la grossesse elle-même : la littérature obstétricale en renferme de nombreux exemples (cas de Fasola, Cioja, Rudcaux, Remy, Auvard, Ferouelle, etc.). Fournier mentionne que la mollesse du col pendant la gestation et même pendant la menstruation constitue un facteur prédisposant d'une certaine importance. Si l'on a pu dire que la grossesse est une complication de la vérole, il est juste d'établir la réciprocité et de

dire que la vérole devient, dans ces cas, une complication de la grossesse.

En résumé, le bilan de toutes ces causes qui favorisent l'implantation du tréponème sur la muqueuse cervicale vient fournir un nouvel argument en faveur de la fréquence des lésions syphilitiques du col utérin : rarement constaté, souvent ignoré sans doute, le chancre doit à sa présence sur le col quelques caractères qui justifient une brève étude clinique.

3. — ETUDE CLINIQUE

Le chancre syphilitique du col utérin, malgré son siège un peu particulier, possède avec le chancre des autres régions un air de famille indiscutable. La description tient en quelques mots dans la définition de l'accident primaire en général : « Une néoplasie en forme d'érosion unique ou discrètement multiple, bien circonscrite, à contours arrondis, sans bords, à fond lisse, de couleur rouge chair musculaire ou grisâtre, secrétant une rosée séreuse plus ou moins abondante, extrêmement contagieuse, doublée à sa base d'une induration indolore non inflammatoire. »

Gellhorn, dans son rapport au Congrès américain de gynécologie, a résumé sa description dans les quelques traits suivants : « L'accident primaire du col représente une lésion plus ou moins profonde en forme d'entonnoir, avec des bords qui descendent en pente vers un fond uni, sec, d'apparence vernie, reluisante. » Ces deux définitions se complètent et ne méritent que peu de développements.

Siège.

Le siège du chancre cervical est variable. Nous avons

dressé une statistique d'après toutes les observations qui figurent ici. En voici les résultats :

Lèvre antérieure	8 fois;
— postérieure.....	6 —
Les deux lèvres	2 —
Centre de l'orifice.....	5 — dont 1 intracervicale;
L'un des côtés, excentrique..	3 —
Toute la portion vaginale.	1 —

La plupart des auteurs assignaient jusqu'ici à la lèvre postérieure la priorité, à l'exception de Mrazec, qui, sur 12 cas de localisation excentrique, trouva le chancre 8 fois sur la lèvre antérieure. Nous sommes d'accord avec lui sur ce point, et pensons comme lui que dans la position normale de l'utérus c'est cette lèvre qui vient en contact avec le pénis.

Nous devons accorder une mention particulière au cas rapporté par Belgodère (obs. XVII), qui représente un chancre intracervical : « C'était, dit l'auteur, une ulcération arrondie et enroulée de la dimension de nos pièces de 50 centimes d'autrefois, qui occupait le quart inférieur droit de la cavité du col. Son bord affleurait l'orifice du col sans toutefois l'atteindre. » Déjà, Fournier avait signalé qu'un chancre observé par lui se prolongeait dans la cavité du col, et il admettait l'existence du chancre intracervical comme un fait possible et rationnellement acceptable. Nous avons exposé plus haut l'importance de ce siège au point de vue de l'explication possible de certains cas de syphilis décapitée et discuté les arguments anatomiques de Gauthier. Nous n'avons pas à y revenir. On peut établir une comparaison entre ce chancre et celui du méat urinaire, qui peut pénétrer secondairement dans l'urèthre ou même s'y développer primitivement. « Le chancre endo-urétral, écrit Bayle dans sa *Thèse* (Paris, 1911), avoisine le méat, dont il n'est séparé que par quelques millimètres, et il est

perceptible à la vue par écartement forcé des lèvres de l'orifice uréthral. » Ce sont les mêmes termes, à peu de chose près, que ceux de la description de Belgodère pour le chancre intracervical. Les symptômes diffèrent en ce sens que la douleur, vive dans le chancre endo-uréthral, n'existe pas dans ce dernier, ce qui peut s'expliquer par une richesse moins grande d'innervation de l'organe. Mais l'identité de siège justifie à elle seule un rapprochement entre les deux lésions.

Nombre.

Le chancre du col est la plupart du temps unique. Fournier ne l'a trouvé double que 2 fois sur 24 cas observés, Mrazech 3 fois sur 24 également. Oppenheim insiste sur le fait que le col porte ordinairement un seul chancre et qu'en cas de multiplicité les autres accidents siègent sur les organes génitaux externes.

Passenaud, dans sa thèse, rapporte un cas où il y avait en plus du chancre du col, 18 autres accidents primaires à la vulve et à l'anus.

Dans l'une de nos observations (obs. XXV), il y avait en même temps un chancre à la vulve et un chancre cervical qui suivirent une évolution parallèle. Dans un autre cas (obs. VIII) il y avait 2 chancres sur le col.

Symptomatologie.

Le tableau clinique du chancre cervical ne varie guère avec les observations : une femme, assez souvent une multipare, vient se plaindre au médecin d'éprouver depuis quelque temps des pertes vaginales, parfois teintées de sang. Une autre vient consulter pour une poussée d'herpès génital, des ulcérations suspectes à la vulve, ou bien pour un malaise général correspondant au tableau clinique de l'impregnation secondaire, qu'une roséole même peut identifier

plus clairement. Dans d'autres cas, c'est le prétexte d'une grossesse en cours ou tout autre hasard qui conduit la malade à l'examen médical.

Le médecin a son attention attirée du côté des organes génitaux et procède à l'enquête habituelle. Il ne trouve rien à la vulve, ou simplement les lésions plus haut mentionnées. Il vérifie l'état des ganglions inguinaux qui sont assez souvent augmentés de volume. Cette *adénopathie* à siège inguinal est notée dans plusieurs de nos observations (obs. III, IV, VII, IX, XXV), bien qu'elle ne soit pas très anatomique. On l'explique de différentes façons : dans un cas il y avait eu une intervention abdominale antérieure susceptible de bouleverser le système des communications lymphatiques (observation XVII). D'autres auteurs invoquent la possibilité d'anastomoses entre réseaux voisins. La vaginite concomitante doit suffire à l'expliquer dans la plupart des cas.

Le toucher peut donner ensuite quelques renseignements importants :

a) *L'hypertrophie du col* déjà mentionnée par Fournier : « Sur 2 de mes malades affectés de chancre utérin, j'ai noté d'une façon très positive une ampliation générale, une véritable hypertrophie du col et cela en l'absence de toute affection utérine antérieure ou actuelle autre que le chancre. » Elle est signalée plusieurs fois dans les observations qui suivent. Ungaro parle d'un col conique, dur, augmenté de volume (obs. I) et ailleurs d'un col hypertrophique, de consistance fibreuse (obs. II). L'observation IV le décrit comme œdémateux, l'observation XXV comme augmenté de volume dans son ensemble. C'est en somme un caractère assez fréquent.

b) *L'induration*, constante sans doute mais difficile à apprécier pour des raisons qu'on devine : la dureté naturelle du col et son inaccessibilité, l'impossibilité de saisir

la base de l'ulcération entre deux doigts. Tant de causes peuvent modifier la consistance du col non seulement d'un individu à l'autre mais encore chez la même femme, d'un jour à l'autre, la menstruation, les déchirures, des processus inflammatoires chroniques que les renseignements fournis sont discutables. Les meilleurs cas sont ceux où l'examen porte sur une femme enceinte (obs. III) : au milieu d'un col ramolli, il est aisé de percevoir le noyau induré caractéristique. Excellents cas encore que ceux où l'utérus prolabé vient offrir son col à une palpation facile. (Observation XII).

Malgré ces difficultés, Thibierge affirme qu'on peut percevoir fréquemment l'induration spécifique : il décrit même un procédé personnel d'exploration médiate au moyen de la tige métallique d'un hystéromètre ou d'un instrument quelconque, qui lui aurait donné des renseignements très précis.

Plusieurs de nos observations (obs. X, XX, XXII, XXIV) relatent que cette induration fut perçue sous la forme d'une infiltration sous-jacente à l'ulcère ou d'un noyau bien circonscrit enchassé dans la muqueuse. L'induration est même parfois qualifiée de cartilagineuse (obs. III) ou comparée à une dureté ligneuse (obs. XIII).

Ces éléments d'observation préliminaire conduisent le médecin à s'armer du *speculum* et c'est alors que la lésion se présente à lui avec le maximum de netteté.

La portion vaginale, en général augmentée de volume dans son ensemble « lui saute complètement aux yeux », suivant l'expression de Neumann.

La *forme* du chancre varie avec son siège. La lésion excentrique est ronde ou légèrement ovale (obs. VIII, XIII), tandis que le chancre à localisation centrale présente la forme d'un anneau complet ou seulement d'un croissant (obs. XVIII).

Les *dimensions* sont très variables : tantôt très petit,

comme dans les observations V, XXV, où on le compare à une pièce de 0 fr. 50, le chancre peut au contraire occuper toute la portion vaginale. Liégner (obs. XV) parle de 5 centimètres pour le plus grand diamètre. Les dimensions les plus couramment citées sont celles d'une pièce de 1 franc (obs. XIII), de 2 francs (obs. XIV), d'un shilling (obs. X), d'une amande.

L'aspect du chancre est assez caractéristique. La plupart du temps on se trouve en présence d'une lésion légèrement papuleuse, convexe (obs. XIII, XIV) avec un sommet aplati. La surface est unie et recouverte d'une fausse membrane grisâtre (obs. I, X, XV, XIX), diphtéroïde (obs. XIII, XX) caractéristique, qui présente un reflet gras particulier (obs. IX, XXII). Fournier compare cet aspect à celui du vieux lard qui commence à rancir. Le gris se transforme parfois en une tonalité blanc terne ou bien jaunâtre (obs. IX) avec de petits points hémorragiques disséminés sur la surface (obs. IV). Cette fausse membrane est une sorte de pellicule exsudative qui adhère assez solidement à la base de l'ulcération. Une fois enlevée ou spontanément disparue elle laisse voir une surface lisse (obs. VII), brillante, rouge (obs. V, XXI), parfois même rouge cuivre (obs. XII), parsemée de petites zones hémorragiques et ne sécrétant que faiblement.

Les *bords* sont plats (obs. XIII, XXII) ou légèrement surélevés, en bourrelet (obs. III, XV), d'une netteté parfaite (obs. XXI, XXIV) et semblent parfois avoir été tracés au compas. Autour d'eux existe une zone de transition plus rouge, signalée par la plupart des auteurs mais diversement décrite par eux. Fournier parle d'une ligne étroite marquant plus clairement le contraste avec le centre grisâtre. D'après Mrazek, c'est un grand cercle enflammé rouge; d'après Rille une ligne effilée, brune, reluisante. Toutes ces modalités se rencontrent en pratique. Nous en trouvons mention dans quelques observations sous forme d'un halo

inflammatoire (obs. III), d'une étroite zone de muqueuse enflammée (obs. IX), d'une collerette rouge pourpre (obs. XIII).

Formes cliniques.

Tel est l'aspect classique, érosif ou papulo-érosif de la lésion entrevue au spéculum. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi et en dehors des petites différences dans le détail, il convient de signaler une forme clinique bien spécifiée que Thibierge et Passenaud ont les premiers bien décrite : c'est la *forme ulcéreuse* du chancre utérin, la plus délicate au point de vue du diagnostic à cause de sa ressemblance avec le cancer ulcéré ou le chancre phagédénique. Rostaine et Druelle ont cité 2 cas de forme ulcéreuse prises pour des tumeurs malignes et opérées comme telles. Dans les observations I et XII, nous lisons qu'un médecin avait conseillé l'hystérectomie. De même, les observations XIV et XVIII semblent répondre à cette variété particulière. Il s'agit en somme d'une ulcération assez excavée, recouverte d'un enduit visqueux, grisâtre, adhérent, prenant dans certains cas un aspect sphacélique (obs. XIV). Cet enduit enlevé apparaît une ulcération de coloration rouge chair musculaire ; le fond peut être granuleux (obs. XVIII), irrégulier, saignant facilement. La lésion est cerclée d'une zone rouge intense et l'ensemble du col est augmenté de volume, parfois bosselé, ce qui rend la confusion plus facile avec l'épithélioma.

Symptômes fonctionnels.

Nous en réunissons l'étude pour les deux formes, où ils ont un caractère commun : leur insignifiance. *L'indolence* est complète et les symptômes généraux qui peuvent figurer dans les descriptions diverses ne sont que la signature de l'infection secondaire. Le seul caractère à mentionner se-

raît la *tendance hémorragique* de ces lésions, discrète dans la forme érosive (obs. II, IV, X), important dans la forme ulcéreuse. C'est la raison de ces pertes teintées de sang signalées par les malades (obs. XI, XII, XVIII), ou même des hémorragies graves qui ont pu dans de rares cas constituer le symptôme dominant de l'affection. Dans le cas d'O'Day, on crut que l'utérus s'était rompu (obs. VI), et dans celui de Liégner on pensa tout d'abord à un avortement (obs. XV).

Evolution. — Durée.

Le processus de guérison évolue avec une rapidité saisissante, même sans le secours du traitement. Ce dernier venant ajouter parfois ses effets aux tendances naturelles à la réparation, il arrive qu'on ne reconnaisse pas la lésion d'un jour à l'autre. Au bout de peu de temps, le chancre n'apparaît plus que comme une érosion simple, puis comme une tache légèrement rouge et disparaît enfin sans laisser ordinairement de trace notable. Dans les observations inédites que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Petges, la durée de cicatrisation à partir du moment où l'affection fut découverte et traitée n'excéda jamais un mois et fut le plus souvent égale à 3 semaines.

Il y a des exceptions à cette règle : elles tiennent à l'étendue des lésions dans la forme ulcéreuse, à la complication d'une infection gonococcique ou bien à la grossesse qui retarde en général le processus de guérison.

D'une façon générale cependant nous pouvons souscrire à l'opinion de Thibierge qui explique la rapidité de la guérison par 3 facteurs :

a) Le siège même du chancre, bien abrité contre les causes d'irritation extérieure ;

b) La température élevée et constante de la partie haute du vagin ;

c) L'état d'humidité constante dans laquelle baigne la surface de la lésion.

Le chancre laisse-t-il après sa disparition une cicatrice ? Les avis sont partagés à ce sujet et nous ne les discuterons pas dans le détail, car ce débat nous conduirait sur le terrain obstétrical où nous ne voulons pas pénétrer. Il est probable que les chancres ulcéreux avec nécrose étendue laissent après eux une cicatrice de quelque importance, mais nous devons penser que la plupart des sténoses signalées par les accoucheurs sont plutôt du domaine de la syphilis tertiaire.

Avant d'envisager le diagnostic des lésions primaires en col, nous avons jugé utile de faire suivre cette étude clinique des observations de chancres indurés que nous avons pu réunir : les unes proviennent des publications postérieures à la dernière thèse parue à ce sujet (Passenaud : thèse, Paris 1904) ; leur nombre restreint nous a permis de les rassembler presque toutes. Nous avons relevé les autres dans le service de M. le Professeur Petges, sur les fiches de traitement des malades internées à l'hôpital Saint-Jean. Nous pensons que ces quelques exemples de lésions primaires cervicales illustreront suffisamment les considérations auxquelles nous nous sommes livré à leur sujet.

OBSERVATION I (résumée).

(UNGARO : *Rassegna d'ost. ginec. Napoli*, 19109, xviii, p. 395.)

Chancre induré du col utérin.

Anna B. . . , 28 ans, un mois après le retour de son mari, absent, commence à remarquer un écoulement vaginal dont elle n'avait jamais souffert précédemment. Pas d'adénopathie.

A l'examen local : organes génitaux externes d'une nullipare; vagin mou, étroit; col conique, dur, sensiblement aug-

menté de volume avec un bourrelet fibreux, résistant, autour de l'orifice externe.

Le spéculum laisse voir une ulcération qui occupe le centre du col, de coloration gris-jaunâtre, du diamètre d'environ 2 centimètres avec une bordure externe circulaire en relief; on note de même à l'orifice l'écoulement d'une sécrétion séreuse.

On porte le diagnostic de syphilome initial du col utérin et on commence le traitement spécifique. Déjà, le 5^{me} jour, le bourrelet fibreux qui limitait l'ulcère a, pour ainsi dire, disparu et son fond commence à prendre une coloration plus vive. L'érosion qui succède disparaît au bout de 2 semaines. Puis, le traitement ayant été interrompu, des symptômes secondaires apparaissent.

OBSERVATION II (résumée).

(UNGARO — Voir précédemment.)

Chancre induré du col utérin.

Fortuna P. . . , 23 ans, de Naples, mère de 6 enfants bien portants, se présente au dispensaire, le jour avant d'entrer à l'hôpital, où elle avait été envoyée par un gynécologue pour être opérée d'une hystérectomie. Le diagnostic qui avait été porté était celui de carcimome du col utérin, opérable; il avait été confirmé par d'autres spécialistes, mais la malade, avant de se soumettre à l'acte opératoire, voulut avoir notre avis.

Elle raconte que, depuis un peu plus d'un mois, elle commença à ressentir un malaise général, puis une céphalée intense, des vertiges, des éblouissements, des pertes vaginales, fétides, récentes, et sensation de poids de l'abdomen.

On note, sur le visage et spécialement sur le nez, une éruption impétigineuse. Pas d'adénopathie.

A l'examen local : organes génitaux externes de multipare; vagin lisse, mou; col hypertrophique, de consistance fibreuse, saignant facilement. L'application du spéculum, parfois douloureuse, laisse voir une sécrétion dense, purulente, mêlée à une certaine quantité de sang qui s'écoule à l'orifice

externe. La lèvre antérieure du col est le siège d'une vaste ulcération de couleur jaunâtre qui semble se continuer avec la muqueuse cervicale. Une partie de la muqueuse atteinte ayant été prélevée, le microscope ne décèle qu'une hypertrophie glandulaire notable.

On fait alors le diagnostic de syphilome initial et on commence le traitement spécifique : calomel en attouchements locaux et mercure à l'intérieur.

Déjà, au bout de 3 jours de ce traitement, l'éruption impétigineuse du visage a sensiblement diminué. En 8 jours, le col a perdu sa dureté fibreuse d'auparavant. Il présente seulement au voisinage de l'orifice, sur la lèvre antérieure, une légère érosion. Au bout de 2 semaines, il n'y a pour ainsi dire plus aucune trace de lésion ; le col est revenu à la dimension, à la couleur, à la consistance normales. Toute sécrétion cervicale a disparu. La malade s'est également remise rapidement au point de vue de son état général et est sortie parfaitement guérie.

OBSERVATION III (résumée).

(UNGARO — Voir précédemment.)

Chancre induré du col utérin.

Annunziata S..., 20 ans, déjà mère d'un enfant vivant et bien portant, est de nouveau enceinte de 5 mois. Elle ressent depuis 20 jours un prurit accentué et des pertes vaginales abondantes.

A l'observation : tumeur utérine de forme sphérique. De l'orifice vulvaire s'échappe une sécrétion purulente et tout autour de lui on note une abondante éruption papuleuse ; grandes lèvres œdématisées, ganglions inguinaux augmentés de volume. Vagin large, col cylindrique plutôt dur, hypertrophique, sur la lèvre antérieure duquel on note une ulcération à bordure circulaire relevée, de consistance cartilagineuse, tandis que le tissu d'alentour présente comme un large halo inflammatoire. Il nous semble possible d'exclure immédiatement l'hypothèse d'un chancre mou, soit à cause de l'éruption papuleuse, soit à cause de l'induration notable de l'ul-

cération médiane, associée, en plus, à la dureté insolite pour un col d'utérus gravidé. Dès lors, on commence le traitement antisypilitique mixte, par voie interne, en même temps que l'application locale de calomel, soit sur le col utérin, soit sur les papules vulvaires.

Les papules ont déjà disparu le 6^e jour. Au bout d'un mois, il n'existe plus aucune autre lésion ; on remarque la complète *restitutio ad integrum* de la portion vaginale, notablement ramollie.

La malade a suivi le traitement régulièrement et elle a accouché à terme, normalement, d'un enfant vivant et sain, après un travail de courte durée.

OBSERVATION IV (résumée).

(WILE et SENEAR : *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1915, p. 645.)

Chancre induré du col utérin avec phénomènes secondaires.

Malade, âgée de 37 ans, mère de 4 enfants, le plus jeune âgé de 11 ans ; elle eut aussi 3 fausses couches. Infectée par son mari, blennorrhagique, il y a 6 ans ; 2 ans plus tard, nouvel écoulement vaginal. Pendant les 2 dernières années, elle fut exposée à une source d'infection extraconjugale. Il y a 1 mois, après une menstruation régulière, augmentation marquée dans les pertes vaginales qu'elle déclare fétides, fluides comme de l'eau et souvent sanglantes la nuit. L'écoulement continua à augmenter en quantité et devint jaunâtre. Perte de poids et faiblesse progressives. Chute de cheveux, mal de gorge, raucité de la voix. Pendant les quelques derniers jours elle nota de petites grosseurs derrière ses oreilles et une éruption sur le corps.

Constatactions : Syphilides secondaires typiques, maculo-papuleuses sur le tronc et les extrémités. Pas de plaques muqueuses. Col assez œdémateux, le côté gauche étant plus volumineux et plus induré. Sur la portion œdématisée et sur la partie la plus élevée de la moitié droite du col existe une érosion superficielle étendue, de caractère nettement hémorragique. Orifice recouvert d'une muqueuse normale, mais de

couleur pourpre. Ganglions lymphatiques axillaires et sous-mammaires seulement légèrement palpables, ceux de la région cervicale et inguinale très augmentés de volume. Spirochètes actifs dans le frottis de la lésion.

Diagnostic : Accident primaire du col.

OBSERVATION V (résumée).

(Mêmes références.)

Chancre induré du col utérin.

Fille de 18 ans, se plaignant de céphalées nocturnes intenses, datant des 2 dernières semaines. N'a pas connaissance d'infection syphilitique, mais croit que son amant a la syphilis.

Pas d'éruption cutanée. Muqueuse buccale et pharynx normaux. Organes génitaux externes normaux. Au voisinage de l'anus, nombreuses macules faisant songer au début de larges papules humides, mais pas d'infiltration de ces lésions.

Sur le côté gauche de la lèvre cervicale inférieure existe une petite érosion rouge sombre, d'environ 1 centimètre, dans son plus grand diamètre. Cette érosion est nettement limitée de la portion restante de l'orifice utérin. Léger écoulement d'un liquide séreux clair. Adénopathie générale. Wassermann positif. Après la 2^{me} injection desalvarsan, la lésion guérit pratiquement. Il persista seulement une légère saillie et une légère rougeur de la lèvre postérieure. Spirochètes trouvés dans les frottis de la lésion.

Diagnostic : Chancre primaire du col de l'utérus.

OBSERVATION VI (résumée).

(O'DAY : *New-York Medical Journal*, 26 décemb. 1914, p. 1258.)

Chancre probable du col utérin ayant passé inaperçu.

Femme de 43 ans, examinée par plusieurs chirurgiens, tous d'accord sur le diagnostic de carcinome du col de l'utérus. O'Day fit le même diagnostic, déclarant le cas inopérable.

Le col était érodé, très augmenté de volume; avec une infiltration qui s'étendait jusqu'aux culs-de-sac. Ecoulement séropurulent avec odeur désagréable typique de cancer. Pas de soupçon de syphilis. La malade devient une « Christian Scientist ». Plus tard, le col semble s'être rompu, la malade présentant de graves hémorragies. Elle déclina rapidement jusqu'à un point où la mort sembla imminente. O'Day la revit, juste un an après le premier examen. La malade, d'apparence cachectique, avait été alitée pendant 11 semaines; elle était émaciée et souffrait intensément d'escharres de décubitus. O'Day fut appelé à la soigner pour des « boutons de fièvre » dans la bouche. A sa grande surprise, il découvrit des plaques muqueuses syphilitiques typiques. Un débris expulsé du vagin fut reconnu non carcinomateux. Réaction de Wassermann fortement +. De nouvelles recherches révélèrent l'existence d'une infection syphilitique probablement contractée 2 ans avant la découverte du néoplasme.

Un traitement approprié a rendu cette femme à la parfaite santé.

OBSERVATION VII (résumée).

(SHILLITOE, in POWELL and MURPHY: *System of Syphilis*, Londres, 1914.)

Chancre induré du col utérin.

Femme, âgée de 21 ans, célibataire. Histoire d'écoulement vaginal, datant des 3 dernières semaines. Petite lèvre gauche œdématisée, les ganglions inguinaux légèrement augmentés de volume. Sur la lèvre antérieure du col existait un chancre arrondi, lisse, très légèrement convexe, pourpré, saignant facilement et ressemblant à une papule agrandie. Environ 2 semaines après, le chancre évoluait vers la résolution; il avait perdu sa teinte pourpre accusée; il était d'un rouge plus clair et s'applatissait.

OBSERVATION VIII (résumée).

(SHILLITOE : Mêmes références.)

Chancre syphilitique double du col utérin.

Femme, âgée de 26 ans. Accouchée, il y a 4 semaines d'un enfant prématuré de 8 mois qui vécut 3 jours. Une éruption existante avait disparu avant les couches mais, ensuite, était apparue de plus belle. Sur le col de l'utérus existaient 2 lésions primaires encore visibles, apparaissant comme des papules agrandies, d'un rouge foncé, ovales, convexes, une sur chaque lèvre du col, entourant partiellement l'orifice externe.

OBSERVATION IX (résumée).

(MORALLER : *Zeitschr. f. Gebur. u. Gynæk.*, 1908, t. /XII, p. 159.)

Chancre syphilitique du col utérin.

Primipare, âgée de 29 ans, enceinte de 8 mois. La malade commença à se plaindre d'une éruption cutanée accompagnée de prurit il y a cinq jours. Exanthème maculo papuleux couvrant le corps entier, sauf les extrémités. Sur la portion vaginale, entourant l'orifice externe, existait une ulcération d'environ 2 centimètres de diamètre, grosse, brillante, jaunâtre, à bords découpés, encerclée par une étroite zone de muqueuse rouge enflammée. Ganglions inguinaux légèrement augmentés de volume. Pas d'adénopathie épitrochléenne ni cervicale. Pas d'accidents muqueux dans la bouche ni à la gorge.

Diagnostic : Induration primaire de la portion vaginale du col chez une femme enceinte.

OBSERVATION X (résumée).

(IVENS : *Journ. of Obstet. and Gyn. of Brit. Emp.*, XIII, p. 273.)

Chancre syphilitique du col avec examen histologique.

Femme, âgée de 33 ans, mère de 4 enfants. Sur la portion vaginale du col, légèrement à droite et s'étendant aux

deux lèvres, on voit une ulcération de la dimension d'un shilling. La surface est couverte d'un dépôt grisâtre, sa base indurée. En essuyant la surface, on voit le sang suinter facilement. Les constatations plaident en faveur d'une tumeur maligne, mais le caractère singulier de l'ulcération et la coexistence d'une gonorrhée, conduisirent au diagnostic de lésion syphilitique. Une parcelle de tissus excisée pour l'examen microscopique montre seulement des réactions inflammatoires. L'épithélium sain cesse brusquement et la surface de l'ulcération se compose d'exsudation et d'un tissu de granulations nécrosées. Les tissus voisins hypéremiés et infiltrés d'une façon dense par des cellules rondes, montrent une très grande prolifération cellulaire. La tunique interne des vaisseaux est épaissie. Cinq semaines après, des ulcérations superficielles caractéristiques se développent sur les amygdales. Un traitement antisiphilitique est institué. Au bout de 3 semaines, le chancre disparut et une semaine après, environ, une éruption roséolaire se manifesta.

OBSERVATION XI (résumée).

(ZOMAKION : *Archiv. für Dermat. u. Syphilis*, 1913, page 329.)

Chancre induré du col utérin.

Femme de 29 ans, mère de 2 enfants à terme. Il y a 2 mois, avortement au cours du 2^{me} mois. Mari récemment traité pour lésion du pénis. Depuis peu, la malade a un écoulement purulent persistant et des hémorragies utérines irrégulières. Douleur dans la région inguinale. Grande lèvre gauche œdémateuse. Utérus en antéversion. Annexes droites grosses et douloureuses (salpingo-ovarite). Portion vaginale dure et épaissie. Une ulcération indurée est palpable sur la lèvre postérieure et une partie de la lèvre antérieure du col.

Diagnostic : Chancre induré de la portion vaginale. 8 jours après, roséole sur la poitrine.

OBSERVATION XII (résumé).

(ZOMAKION : Mêmes références.)

Chancre induré du col utérin.

Malade âgée de 23 ans, mariée depuis 6 ans. Un enfant

à terme et 2 avortements criminels. Ecoulement purulent parfois mêlé de sang pendant le dernier mois. Un médecin fit le diagnostic de cancer et conseilla l'hystérectomie.

Constatations : Utérus en antéversion. Sur la portion vaginale, à droite de l'orifice, un épaississement douloureux palpable. Au speculum, une érosion visible sur la moitié droite du col épaissi, occupant seulement la lèvre postérieure et une partie de la lèvre antérieure. Déchirure étoilée dans l'angle de l'orifice externe. La portion atteinte du col est plus volumineuse que le côté sain. L'ulcération est d'une coloration rouge cuivre. Au centre existe une pellicule gris sale, découvrant la base rouge à la périphérie. La portion indurée du col est entourée et dès lors distinctement séparée du reste par deux sillons perpendiculaires. L'ulcération sécrète mais modérément, n'est pas sensible et devient visiblement plus pâle à la pression du stylet. On ne trouve pas de spirochètes dans les frottis.

Diagnostic : chancre primaire du col.

OBSERVATION XIII

(OZENNE ET DURÉUX : *Ann. des Mal. vénériennes*, juill. 1912.)

Chancre syphilitique sur un col utérin prolabé.

C... Marguerite, 22 ans, entre à Saint-Lazare le 9 avril 1912 pour un chancre syphilitique du col.

Sur la lèvre antérieure du col existe une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 franc, légèrement ovale et bombée et dont les contours, non saillants et se continuant de plain-pied avec les tissus voisins n'atteignent pas l'orifice utérin. Cette ulcération, complètement indolente, est entourée d'une collerette rouge pourpre. Le fond est peu suintant, à surface lisse légèrement diphtéroïde; la lésion est d'une dureté ligneuse et l'infiltration infiltre presque toute la lèvre utérine, donnant la sensation d'un gros noyau inclus dans la muqueuse.

Le produit de raclage contient une grande quantité de tréponèmes (ultra microscope). L'examen de cette lésion est rendu très facile du fait d'un prolapsus utérin des plus pro-

noncés. Dans la station debout, en effet, il suffit d'écartier les grandes lèvres pour voir le col utérin et la lésion, faire saillie à l'orifice de la vulve. Il en est de même sur la table d'examen ; sous le moindre effort, les petites lèvres s'entrouvrent légèrement et le chancre paraît alors siéger sur la muqueuse antérieure du vagin, mais il suffit de faire pousser la malade, pour que la lésion s'extériorise d'elle-même. Ce prolapsus, beaucoup moins prononcé il y a quelques années, s'est accentué avec la première grossesse. Les ganglions inguinaux ne sont pas hypertrophiés, il n'y a pas de lésions ni de la peau, ni des muqueuses.

10 avril : On met la malade au traitement mercuriel.

29 avril : Le chancre n'est plus érosif. Il persiste une cicatrice blanchâtre. L'induration a légèrement diminué.

1^{er} juin : L'ulcération complètement cicatrisée n'a laissé aucune trace ; la lèvre utérine a repris sa souplesse. La malade sort de Saint-Lazare. Elle n'a pas eu de roséole.

OBSERVATION XIV

(GAUCHER et GIROUX : *Ann. des Mal. Vénériennes*, 1913, p. 534.)

Chancre syphilitique du col utérin.

M^{me} G. . . , 22 ans, couturière, vient nous consulter, le 16 mai 1913, à la polyclinique des maladies cutanées et syphilitiques. Elle nous est adressée par M. Mouchet, chirurgien de la consultation de l'Hôpital Saint-Louis. La malade s'était directement présentée en chirurgie pour des pertes abondantes, non douloureuses, survenues environ quinze jours auparavant. Au cours de l'examen, le chirurgien nota sur le col de l'utérus, une ulcération dont les caractères un peu particuliers lui firent soupçonner la nature syphilitique de la lésion. L'examen de la malade nous montra, en effet, qu'elle était atteinte de syphilis et qu'elle présentait un accident primitif du col et une éruption secondaire, formée de roséole et d'éléments papuleux. Sur le col de l'utérus existait une ulcération nettement arrondie, présentant environ les dimensions d'une pièce de 2 francs. L'ulcération était saillante, à fond noirâtre et d'aspect sphacélique ; elle siégeait sur la face et la lèvre

antérieure du col, sans intéresser l'orifice. Sur le corps, on notait une roséole discrète avec éléments disséminés sur le tronc et la face interne des cuisses ; en outre, existaient quelques éléments cuivrés et papuleux sur l'abdomen. La malade ne se plaignait ni de chute de cheveux, ni de céphalée. Les ganglions n'étaient pas augmentés de volume. Le traitement par les piqûres quotidiennes de benzoate de mercure fut institué le jour-même.

Le 23 mai, la malade est à la 8^e piqûre. La roséole est en pleine éruption, mais l'accident primitif est très amélioré. Il est moins saillant et, à l'aspect sphacélique du début, s'est substitué une coloration rouge vif et une tendance à la cicatrisation.

Le 13 juin, le chancre est complètement guéri, la roséole et les syphilides papulosquameuses, entièrement disparues, bien que la malade n'ait pas suivi son traitement avec une grande régularité.

OBSERVATION XV (résumée).

(LIEGNER : *Monat. für Geb. und Gynéc.*, LIV, n° 5, 1921.)

Chancre syphilitique du col à forme hémorragique.

Il s'agit d'une femme de 23 ans qui fut adressée à la clinique pour avortement. Ce diagnostic avait été posé à la suite d'une très forte hémorragie coïncidant avec la suppression des règles : il n'y avait pas de grossesse. Le col et l'utérus présentaient l'aspect suivant :

L'orifice du col était fermé, quelque peu de travers, les alentours quelque peu rouges. Sur le côté droit on voyait une ulcération recouverte d'un enduit grisâtre qui commençait à l'orifice et s'étendait presque jusqu'au cul-de-sac. Les dimensions étaient de 5 centimètres sur 3. Les bords étaient indurés et légèrement en bourrelet.

L'ulcération pénétrait profondément dans les tissus, ce qui expliquait l'abondance de l'hémorragie.

La recherche des spirochètes fut négative, et l'examen histologique d'un fragment ne permit, en aucune façon de penser à un carcinome. Sur ces entrefaites apparut, une nuit,

un exanthème, réparti sur le corps tout entier, vésiculeux, d'aspect singulier, ne rappelant pas la syphilis, mais plutôt la variole. Le contenu des vésicules renfermait des spirochètes. Le diagnostic s'affirmait ainsi ; il fut bientôt confirmé par le résultat fortement positif de la réaction de Wassermann.

OBSERVATION XVI (résumée).

(LANTUEJOUL : *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 110.)

Chancre syphilitique du col utérin chez une femme enceinte.

M^{me} V... Marcelle, âgée de 23 ans, entre à la Maternité de la Pitié, le 4 mars 1919. Elle est enceinte de 9 mois. Elle a présenté, en février, une lésion érosive du sein droit, a eu mal à la tête et à la gorge.

L'examen montre l'existence de lésions syphilitiques secondaires multiples, au niveau des organes génitaux, syphilides papulo-hypertrophiques nombreuses, volumineuses, suintantes, siégeant sur la face externe des grandes lèvres et sur les plis génito-cruraux ; plaques muqueuses opalines sur les petites lèvres ; au niveau de la face externe du sein droit, syphilides érosives ; dans la bouche, plaques muqueuses opalines sur la face interne des joues et sur les amygdales qui sont très hypertrophiées et rouges, quelques plaques fauchées sur la langue ; polyadénopathie généralisée. La voix est enrouée. Au toucher on constate que le col est long et d'une dureté ligneuse dans son entier ; une ulcération fait le tour de l'orifice externe, s'étendant surtout à droite et en bas. A l'examen au spéculum, cette ulcération apparaît superficielle, à bords peu marqués, à fond plat, rouge, légèrement suintant ; le diagnostic de chancre circulaire du col est posé. La grossesse est, par ailleurs, normale ; le bassin est bien constitué ; il n'existe pas d'albumine dans les urines ; la malade est admise dans le service. La présence de nombreux tréponèmes est constatée dans la sérosité recueillie au niveau du chancre et des plaques muqueuses. La réaction de Bordet-Wassermann, faite dans le sang est fortement positive. Du gonocoque est retrouvé en abondance dans les sécrétions cervicales.

La malade reçoit immédiatement une injection de un centigramme de benzoate de mercure ; le lendemain, injection de 15 centigrammes de novarsenobenzol ; puis injection quotidienne de benzoate.

Elle entre en travail, le 8 mars et le chancre empêchant la dilatation du col, on doit recourir à une césarienne vaginale qui permet d'extraire une fille vivante. Dans la suite, la lésion guérit parfaitement sous l'influence du traitement spécifique.

OBSERVATION XVII (résumée).

(BELGODÈRE : *Ann. des Mal. Vénériennes*, 1920, p. 716.)

Chancre syphilitique intracervical.

Une jeune femme, vivant maritalement avec un Américain reconnu, quelque temps auparavant, porteur d'un chancre induré de la rainure balano-préputiale, vient se faire examiner. Elle présente des signes d'imprégnation secondaire : céphalée nocturne, lassitude, syncopes, adénopathie inguinale.

L'examen de la vulve est muet. Le col à première vue paraît intact : « Un détail minime attira notre attention. C'était un léger degré d'asymétrie du col que nous n'avions pas remarqué la première fois.

Le cône cervical paraissait légèrement plus volumineux dans sa moitié droite, du côté des ganglions. La différence était, à vrai dire, très légère, mais un pressentiment confus, nous porta à saisir un tampon monté et à entreprendre de débarrasser la cavité cervicale d'un mucus visqueux et récalcitrant qui l'obstruait. L'opération fut assez laborieuse, mais la peine porta en elle sa récompense, en nous faisant découvrir le corps du délit. C'était une ulcération arrondie et enroulée, de la dimension de nos pièces de 0 fr. 50 d'autrefois, qui occupait le quart inférieur droit de la cavité du col. Les bords en étaient entaillés, ressortant nettement sur une muqueuse saine et aucune confusion n'était possible avec une ulcération de métrite ; le fond était un peu creusé et recouvert d'un enduit grisâtre ; bref, c'était indéniablement l'accident primitif du type ulcéreux ; son bord affleurait l'orifice du col, sans toutefois l'atteindre, et le bouchon muqueux mas-

quait complètement cette lésion qui devait forcément échapper à un examen rapide et superficiel. »

Le traitement mercuriel est institué, mais quelques jours après, apparaît une roséole qui confirme le diagnostic.

OBSERVATION XVIII (inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur W. DUBREUILH.)

Chancre induré du col utérin.

A. B. . . , 24 ans, modiste, entre à l'Hôpital du Tondu, le 7 avril 1919, pour un chancre du col utérin.

Il y a environ 3 semaines, la malade s'est aperçue qu'elle avait des pertes glaireuses jaunâtres, teintées de sang. Elle ne se plaignait d'aucune douleur. Les pertes seraient survenues deux mois après les rapports sexuels. La malade s'est alors soignée par des injections de permanganate et depuis huit jours environ, l'écoulement s'est arrêté.

A l'examen : au toucher, on sent une plaque dure à surface tomenteuse, bien limitée à bords presque éversés et faisant saillie sur les parties voisines. La palpation est indolore.

Au spéculum, on voit sur le côté gauche du col, une ulcération recouverte par des glaires sanguinolentes. Après nettoyage du col, on constate que cette ulcération le recouvre en croissant, les bords du croissant étant dirigés du côté droit. Le fond est mamelonné, grisâtre, avec des points sphacelés.

On fait des frottis de la sérosité, et on les colore par la méthode de Fontana-Tribondeau, qui décèle quelques tréponèmes très disséminés.

Pas de ganglions dans l'aîne, ni aux aisselles.

La malade se plaint d'avoir éprouvé des maux de tête, surtout le soir, qui duraient presque toute la nuit, depuis le 3 avril environ. Ces maux de tête débutaient au niveau de la nuque et se propageaient dans la direction du front, accompagnés de sensations d'arrachement.

Le 8 avril, on constate sur la poitrine et sur l'abdomen une roséole assez discrète.

A partir du 12 avril, on institue un traitement mixte, comprenant des injections à dose croissante de novarsénobenzol,

répétées tous les 6 jours et des injections de biiodure dans l'intervalle.

La roséole disparaît vers le 20 avril.

Le 25 avril, on sent toujours au toucher l'ulcération qui paraît moins étendue, mais il persiste une induration du col qui va en s'atténuant.

La malade sort, le 9 mai 1919.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Chancrè induré du col utérin.

Catherine B. . . , 29 ans, prostituée, entre à l'Hôpital Saint-Jean, le 3 janvier 1922, pour des accidents spécifiques secondaires. On note sur le thorax et l'abdomen, une roséole en voie d'effacement.

Le col utérin est le siège d'une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 fr., de couleur grisâtre, arrondie, à bords nettement découpés, de consistance ferme au toucher et se déplaçant en masse sous la poussée d'une valve de spéculum. L'orifice du col livre passage à une sécrétion jaunâtre visqueuse. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive confirmant le diagnostic de syphilis secondaire, sans lever les doutes au sujet de la possibilité d'un chancre du col utérin (1). On note également la présence de ganglions inguinaux, rétrocarotidiens et épitrochléens. Pas de traces de chancre induré par ailleurs. La malade mise exclusivement au traitement arsenical sans traitement local, reçoit 6 injections de novarsenobenzol de 0 gr. 15 à 0, 75, du 5 janvier au 4 février ; sous l'influence de ce traitement, la lésion du col rétrocede dès la 2^e piqûre. Elle s'efface après la 3^e (2).

Il n'est pas contestable que toute autre lésion n'aurait

(1) Comme nous l'indiquons par ailleurs (page 36) la recherche des tréponèmes n'a pas été faite dans tous les cas, les lésions décrites ayant été l'objet de lavages antiseptiques spirillicides. Il aurait fallu s'abstenir de tout traitement et perdre ainsi un certain temps, avant de voir réapparaître la possibilité d'en trouver.

(2) Le traitement spécifique, pour cette malade comme pour toutes les suivantes a été continué après leur sortie de l'hôpital à la consultation externe.

pas ainsi répondu à l'incitation thérapeutique et que, même en l'absence de tréponèmes, on peut affirmer cliniquement et d'après l'évolution, qu'il s'agit bien d'un accident primitif du col.

OBSERVATION XX (résumée).

(Idem.)

Chancre induré du col utérin.

Germaine K..., 22 ans, prostituée, déjà traitée l'année précédente pour chancres mous de l'anus et de la petite lèvre droite et qui avait une réaction de Bordet-Wassermann négative, rentre à l'Hôpital Saint-Jean, le 14 février 1921, pour ulcération du col et roséole.

Le col utérin est augmenté de volume dans son ensemble, et, sur sa lèvre antérieure, on remarque une ulcération de forme ovale légèrement surélevée, en saillie, ne se continuant pas à l'intérieur de l'orifice cervical. Cette ulcération a des bords nets cerclés par une zone rouge inflammatoire ; le fond est recouvert d'un enduit grisâtre, d'aspect diphtéroïde laissant paraître à la périphérie le fond rouge. Le toucher permet de se rendre compte de l'induration propre de la lésion en la différenciant de la consistance du col.

Pas de trace de chancre syphilitique ailleurs. Dans la région inguinocrurale, polydénopathie à caractère nettement spécifique. Ganglions épitrochléens à droite seulement.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Le 16 février, en commence le traitement arsenical.

Le 23 février l'amélioration est déjà considérable. La lésion a diminué de moitié. L'éruption roséolique peu apparente à l'entrée, s'accuse après la 2^e injection de novarsenobenzol.

Le 5 mars, le chancre utérin a complètement disparu après 5 injections intravéineuses de novarsenobenzol de 0 gr. 15 à 0 gr. 75.

OBSERVATION XXI (résumée).

(Idem.)

Chancre du col probable.

Marie B..., 25 ans prostituée, entre, le 10 octobre 1919, à l'Hôpital Saint-Jean, avec le diagnostic de métrite purulente. Le 11 octobre, en l'examinant, on découvre sur le col utérin une ulcération rouge, saignante, granuleuse. Cette lésion siège sur la lèvre postérieure, empiétant sur les parties latérales. La rougeur inflammatoire est plus marquée que dans les ulcérations ordinaires. Le relief de la lésion fait songer à la possibilité d'un accident primitif du col, en raison aussi de la netteté de ses limites. Le toucher révèle une consistance ferme, limitée à la lésion, tranchant sur celles du col plus souple.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Polyadénopathie inguinale récente aux dires de la malade, peu accusée encore. Absence de stigmates de syphilis antérieure. Pas de ganglions épitrochléens en particulier. La recherche du tréponème n'est pas effectuée, la malade ayant reçu des injections antiseptiques avant l'examen.

La lésion guérit en une dizaine de jours, après la 4^e injection de novarsenobenzol (0 gr. 60), sans traitement local actif en dehors des soins de propreté.

OBSERVATION XXII (résumée).

(Idem.)

Chancre induré du col utérin.

Renée L..., 21 ans, prostituée, entre à l'Hôpital Saint-Jean, le 8 septembre 1920, pour métrite purulente.

Elle ne présente aucun signe de syphilis, ni de polyadénopathie. La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Sur le col siège une ulcération reposant sur une saillie infiltrée, d'environ un centimètre de diamètre, d'aspect gras, gris jaunâtre. Les bords sont peu marqués et se continuent

de plain-pied avec les tissus voisins. L'induration de la lésion est manifeste.

Le traitement arsenical est appliqué, indépendamment de tout traitement local, sauf des injections de propreté.

Du 15 septembre au 6 octobre, la malade reçoit 5 injections de novarsenobenzol, de 0 gr. 15 à 0 gr. 60 et l'ulcération obéit au traitement qui provoque une amélioration dès la 2^e injection et la guérison après la 3^e et la 4^e.

OBSERVATION XXIII (résumée).

(Idem.)

Chancre induré du col utérin.

Louise M..., 25 ans, prostituée, entre à l'Hôpital Saint-Jean, le 7 mai 1921. Aucun antécédent notable à signaler. On ne trouve rien à la vulve, ni à l'anus. Par contre, au niveau du col utérin, on remarque la présence d'une ulcération qui occupe les deux lèvres antérieure et postérieure avec prédominance sur la lèvre postérieure. Cette ulcération qui paraît résulter de la fusion de deux ulcérations occupant chacune l'une des lèvres, est grise au centre, rouge en bordure, avec des bords légèrement saillants, en bourrelet, entourés d'un liseré inflammatoire rouge vif ; elle a une consistance ferme, parcheminée.

Roséole sur le déclin. Micropolyadénopathie inguinale. Il n'y a rien à la gorge, mais sur la lèvre inférieure existe une ulcération à laquelle on attribue d'abord une origine traumatique, mais qui est bel et bien une plaque muqueuse.

Réaction de Bordet-Wassermann = + + + +.

La malade est mise au traitement arsenical et sort, le 28 mai 1921, guérie de la lésion du col qui a cédé au seul traitement général, après la 3^e ou 4^e piqure.

OBSERVATION XXIV (résumée).

(Idem.)

Chancre induré du col utérin.

Alice M..., 33 ans, prostituée, entrée à l'Hôpital Saint-

Jean, le 19 octobre 1921. A des antécédents tuberculeux dans sa famille; elle même a eu une hémoptysie. Sommet droit induré. Elle ne présente aucun signe de syphilis ancienne.

Sur le col utérin existe une ulcération grisâtre, arrondie, grande comme une pièce de un franc environ, dont la surface est recouverte par un enduit diphtéroïde fortement adhérent. Les bords bien limités, saillants, abrupts, plaident en faveur du chancre induré. La consistance est indurée.

Aucun autre signe, en dehors de ceux d'une ancienne gonococcie. Le 26 octobre, le résultat de la réaction de Bordet-Wassermann est nettement positif.

On commence le traitement par le novarsenobenzol et après trois injections de 0 gr. 15 à 0 gr. 45, le 2 novembre, l'ulcération a déjà beaucoup diminué. On continue le traitement à la dose d'un centigramme de Cy Ng par jour, en raison de l'intolérance du novarsenobenzol, qui provoque des crises nitritoïdes, légères d'abord, puis, de plus en plus fortes.

Le 9 novembre, l'ulcération est presque entièrement cicatrisée. Le 15 novembre, elle est guérie.

OBSERVATION XXV (résumée).

(Idem.)

Chancre du col coïncidant avec un chancre vulvaire.

Henriette H. . . , 29 ans, prostituée, entre à l'Hôpital Saint-Jean, le 25 avril 1919, pour chancre de la vulve. Le 30 avril, on découvre en plus, sur le quadrant postérieur droit du col utérin, une ulcération ronde, légèrement saillante, bien limitée, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Elle a un aspect vernissé, lisse, est très légèrement suintante; sa consistance est ferme.

L'accident vulvaire se présente sous la forme d'une petite ulcération de la partie postérieure de la grande lèvre gauche, indurée, cerclée par une bordure grisâtre, puis par une autre bordure rouge foncé.

Il existe une pléiade inguinale typique. Pas de ganglions épitrochléens. Rien à la gorge. Pas d'autres symptômes notables, sauf une pâleur assez marquée.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive. On commence le traitement, le 3 mai. Le 10 mai, la malade quitte l'hôpital, après avoir reçu 4 injections de novarsenobenzol à 0 gr. 15-0,30-0,45-0,60. Les ulcérations sont cicatrisées.

L'intérêt de cette observation résumée, résulte de la co-existence d'un chancre syphilitique vulvaire et d'un chancre du col, dont l'amélioration parallèle, par un même traitement, détermine l'identité de nature.

Diagnostic.

Nous rappellerons brièvement les éléments importants sur lesquels se fonde le diagnostic positif du chancre syphilitique du col :

- 1° Son indolence complète.
- 2° La sécrétion minime de sa surface.
- 3° La netteté parfaite de ses bords.
- 4° La présence, à sa surface, d'une fausse membrane grisâtre, adhérente, douée d'un aspect gras particulier.
- 5° L'induration de la base.
- 6° La présence de spirochètes constatée dans les frottis.
- 7° Les résultats rapides du traitement spécifique.
- 8° Enfin, plus tard,, en manière de confirmation :
 - a) Le résultat positif de la réaction de Wassermann.
 - b) L'apparition de phénomènes secondaires.

Ce sont là les caractères généralement requis pour que puisse être affirmée la réalité d'un accident spécifique. Leur recherche n'a pas été négligée dans tous les cas que nous rapportons, à l'exception d'un seul, la recherche des spirochètes. M. le Professeur Petges a renoncé dans la pratique hospitalière de Saint-Jean à cette recherche pour les raisons suivantes : il s'agit de prostituées, habituées par les nécessités de leur profession à surveiller leurs organes génitaux et prompts à soigner la moindre lésion suspecte à

l'aide d'injections antiseptiques spirillicides. Il conviendrait, pour avoir des chances de trouver des tréponèmes, de suspendre pendant un certain temps toute espèce de traitement, ce qui n'est guère possible, étant donnée la nécessité de ne pas allonger la durée du séjour de ces hospitalisées d'office. On est donc conduit à appliquer le traitement spécifique d'urgence et à abandonner par là-même tout espoir de trouver des agents pathogènes à la surface des lésions.

Les éléments de diagnostic plus haut mentionnés serviront dans tous les cas où le problème de la différenciation se pose et nous pouvons dès lors passer rapidement en revue les affections avec lesquelles on peut confondre le chancre du col.

Les *érosions de métrite* ont un aspect irrégulier, finement granuleux et leurs contours sont mal définis. Elles ne sont pas indurées. Les symptômes fonctionnels sont importants : l'état menstruel est troublé, la malade se plaint de douleurs utérines, l'orifice externe laisse écouler une sécrétion purulente. Leur évolution est beaucoup plus lente, tenace.

Il faut penser d'ailleurs à la coexistence fréquente des deux affections et faire la part de chacune d'elles.

Le diagnostic est en réalité d'une grande importance. Les érosions du col utérin sont chose si fréquente que la plupart des prostituées en sont pourvues. S'il fallait hospitaliser tous les sujets suspects on conçoit vite ce que la mesure pourrait avoir d'excessif. Aussi faut-il multiplier les sources de renseignements et étudier de très près les lésions suspectes pour éviter des décisions fâcheuses au point de vue prophylastique.

L'*herpès*, avec ses vésicules confluentes et ulcérées peut simuler l'accident spécifique. Néanmoins l'aspect polycyclique de la lésion est assez pathognomonique. Les deux affections coexistent fréquemment, à ce point même qu'on

a pu signaler des vésicules d'herpès vulvaire comme devant faire songer à la possibilité d'un chancre utérin.

Les *ulcérations tuberculeuses* sont douloureuses, irrégulières, à bords décollés, anfractueux. L'examen général de la malade peut révéler un autre foyer de tuberculose ou son histoire comporter des antécédents suspects. Dans les cas douteux la biopsie montrera les cellules géantes caractéristiques.

Le *chancre mou*, au diagnostic duquel Fournier a consacré un tableau classique est le plus souvent multiple. C'est une ulcération à fond sale, granuleux, d'un jaune plus vif que le chancre syphilitique. Sa surface produit une suppuration crémeuse. Les bords en sont mal limités, taillés à pic, anfractueux. Des lésions identiques siègent en général à la vulve, accompagnées du bubon classique. Enfin, en cas de doute, la recherche du bacille de Ducrey et l'autoinoculation méritent d'être pratiquées.

L'*épithélioma du col* à forme ulcéreuse est l'affection dont le diagnostic avec le chancre est le plus important, puisque l'histoire relate des cas de confusion regrettable. On a signalé beaucoup de caractères différentiels dont nous retiendrons seulement les suivants : le siège constant à l'orifice du col, sans interposition de muqueuse saine entre l'orifice et la lésion ; l'âge de la malade ; l'infiltration du paramètre, enfin et surtout l'épreuve décisive de la biopsie : la variété de cancer pouvant simuler cliniquement le chancre du col est une forme assez avancée dans son évolution pour qu'on y trouve les productions cellulaires typiques.

CHAPITRE II

La Syphilis secondaire du Col utérin

1. — FREQUENCE

Ce que nous avons écrit au sujet du chancre s'applique en majeure partie à la syphilis secondaire du col de l'utérus : leur pathogénie est identique, leur fréquence comparable et les mêmes raisons de méconnaissance existent pour les 2 variétés de lésions. Pour éviter des redites, nous ne consacrerons qu'une brève étude à cette question.

Sa fréquence a fait l'objet de rares statistiques. Mrazek, d'après des observations faites sur 437 femmes syphilitiques estime que les syphilides se rencontrent dans 20 % des cas. Fournier a rencontré 25 fois de telles lésions sur le col utérin pour 522 fois à la vulve et 9 fois au niveau du vagin. De Luca, pour 140 syphilides vulvaires n'en signale que 10 cervicales.

Parmi les fiches d'observation de l'hôpital Saint-Jean nous avons pu nous-même relever 7 cas de lésions utérines sur 253 cas de syphilis secondaire, soit dans 3 % des cas environ.

Notre statistique ne conclut pas en somme à une fréquence plus grande que celle du chancre. Or, l'on sait combien sur toutes les autres régions du corps les syphilides sont plus fréquentes que l'accident primaire. « Le chancre

ne se produit qu'une fois sur un malade syphilitique, dit Fournier, et cela pour une durée de quelques semaines ; les syphilides muqueuses figurent 5, 10, 15, 20 fois dans le cours d'une vérole et se répètent souvent à satiété dans les 3 ou 4 premières années de l'infection. » On sait également que les syphilides choisissent leur terrain, s'implantent plus volontiers sur des muqueuses en état de moindre résistance, infectées, mal soignées. Or, s'il est une cavité naturelle susceptible de réunir toutes ces conditions, c'est bien la partie haute du vagin. En réalité, on ne pense sans doute pas assez à y rechercher des accidents. L'examen d'une femme atteinte de syphilis secondaire, révélant des lésions extérieurement apparentes ou situées dans des régions telles que la bouche, le pharynx, que l'on songe davantage à explorer suffit à éclairer le diagnostic. Celui-ci une fois établi, il n'est plus intéressant pour le médecin de porter ses recherches dans des zones plus difficilement accessibles sans espoir d'y trouver des renseignements nouveaux.

La méconnaissance de telles lésions entraîne plus encore que pour le chancre des conséquences graves au point de vue de la dissémination de la syphilis. On sait en effet depuis Fournier que « ce sont les syphilides muqueuses qui fomentent, disséminent et perpétuent la vérole dans notre société. » L'extrême contagiosité de ces accidents secondaires est très bien servie par les circonstances : ou bien les lésions disparaissent avec une rapidité telle que des examens même rapprochés ne peuvent les dépister au moment opportun, ou bien leur siège même les cache d'une façon permanente à toute enquête. Si la première de ces raisons est envisagée depuis longtemps, l'autre est un peu moins connue ; jusqu'à ces derniers temps on ne soupçonnait guère que des accidents secondaires spécifiques puissent exister à l'intérieur du canal cervical. Nous apportons ici, dans les observations XXXV et XXXXIII des cas indiscutables où le hasard des dispositions anatomiques a seul permis de constater des lésions insoupçonnées. De tels acci-

dents représentent sans doute de nombreuses sources de contagion inexpliquée. Ils nous permettent de comprendre pourquoi des femmes sans aucun symptôme de syphilis peuvent avoir en plus d'un Wassermann positif des spirochètes dans leurs sécrétions utérines.

Gellhorn cite une observation de Mereller qui met en cause une prostituée soupçonnée d'avoir contaminé un grand nombre d'individus. Elle ne présentait aucun signe clinique de syphilis. On lui trouva cependant une réaction de Wassermann positive et des spirochètes dans l'orifice du col utérin. Le même Gellhorn dit avoir examiné systématiquement des femmes syphilitiques et trouvé dans 2 cas indiscutables des spirochètes dans leurs sécrétions, malgré l'absence apparente de toute lésion. Imaginer une virulence spéciale des sécrétions utérines, sans une atteinte muqueuse du voisinage pour la conditionner serait un peu arbitraire : d'après la relation des 2 observations citées, on est en droit de penser à présent qu'une telle constatation suppose un accident intracervical caché à nos regards.

2. — OBSERVATIONS

Avant d'entreprendre l'étude clinique des lésions secondaires que l'on rencontre sur le col utérin nous ferons figurer 18 observations d'accidents divers. Les unes proviennent de la littérature médicale récente que nous avons explorée sans y trouver un grand nombre de documents. Les autres, inédites, proviennent du service de M. le Professeur Petges, et les mêmes considérations auxquelles nous nous sommes livrés au sujet des observations de syphilis primaire s'appliquent à elles.

OBSERVATION XXVI (résumée).

(GELHORN : *Trans of Amer. Gyn. Society*, 1916.)

Syphilis secondaire du col utérin.

A. T..., admise une première fois, en juin 1915, pour une ulcération de la vulve et des symptômes secondaires typiques, rentre de nouveau le 24 septembre, pour un écoulement vaginal persistant.

An spéculum, on voit une étroite zone rouge, semi-lunaire, située à l'angle gauche de l'orifice externe, mais séparée de lui par la muqueuse saine. 2 autres zones rouges, plus petites, sur la lèvre postérieure. Ces 3 plaques sont au même niveau que la muqueuse d'alentour ; elles sont recouvertes d'un épithélium intact et rappellent la roséole sur la peau. Dans le cul-de-sac postérieur, siège une ulcération, petite, ronde, propre, qui saigne légèrement au contact de l'instrument.

Elle revient à l'hôpital, en décembre pour des condylomes à l'anus, ce qui permet de constater la disparition de toutes les lésions précédentes. La muqueuse cervicale est seulement un peu rouge sombre et gonflée.

OBSERVATION XXVII (résumée).

(GELHORN : Mêmes références.)

E. N..., âgée de 24 ans, nullipare, entre à l'hôpital, le 29 novembre 1915. Elle a des ulcérations sur la cloison nasale, de l'œdème et des ulcérations étendues de la vulve et de larges végétations sur le périnée. Du vagin s'échappe un écoulement muco-purulent copieux, dans lequel, on trouve quelques rares spirochètes.

Col petit. Orifice normal. 2 ulcérations superficielles, rouge sombre avec des limites bien définies sur la lèvre antérieure du col. A un examen ultérieur qui fut pratiqué pendant la menstruation, ces ulcérations saignèrent franchement au contact d'un instrument. La malade fut soumise à un traitement spécifique grâce auquel, les ulcérations disparurent en 4 semaines.

Diagnostic : *Ulcération secondaire tardive du col.*

OBSERVATION XXVIII (résumée).

(OPPENHEIM : *Atlas des affections vénériennes*, 1908.)

Exanthème maculo-papuleux secondaire du col.

C. M. . . , servante, 21 ans, entre à l'hôpital, le 13 juillet 1904.

Diagnostic : Papules génitales. Exanthème maculo-papuleux de la portion vaginale.

Sur la lèvre postérieure du col et seulement à droite, empiétant légèrement sur la lèvre antérieure, on trouve de nombreuses taches d'un rouge violet, variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis..

Autour de l'orifice siège un cercle d'un rouge violet de 2 m/m.

Toutes ces lésions disparurent sous l'influence du traitement, et la malade sort guérie, le 27 juillet.

OBSERVATION XXIX (résumée).

(Mêmes références.)

Papules secondaires sur le col utérin.

B. B. . . , 21 ans, entre à l'hôpital, le 27 février 1903.

Diagnostic : Papules génitales. Papules de la portion vaginale du col. Roséole.

Sur la lèvre postérieure, on trouve des lésions confluentes sans ordre, à contours polycycliques, nombreuses, d'un rouge gris, un peu surélevées, érodées, et des éléments éruptifs complètement lisses allant jusqu'aux dimensions d'un petit pois. Sur la lèvre postérieure, plus loin, aux environs de l'orifice, on trouve une « efflorescence » circulaire, surélevée, rouge grise, de la grosseur d'un haricot.

Le 9 mars, la malade sort guérie.

OBSERVATION XXX (résumée).

(Mêmes références.)

Syphilis secondaire du col utérin.

A. J. . . , 19 ans, entre à l'hôpital, le 23 mai 1903.

Diagnostic : Papules génitales et tonsillaires. L'orifice du col est entouré d'une couronne de plaques d'un gris rouge, un peu ulcérées et surélevées, à contours polycycliques.

Sur la lèvre postérieure du col, on trouve des papules blanches comme des étoiles, érodées au centre, bien limitées, circulaires et surélevées.

Aux petites lèvres, papules ulcérées. Un peu duréthrite.

Le 17 juin, la malade sort guérie.

OBSERVATION XXXI (résumée).

(GELLHORN : *Trans. of Amer. Gyn. Society*, May 1916.)

Plaques muqueuses sur le col utérin.

N D. . . , âgée de 21 ans, entrée à l'hôpital, le 16 mars 1913, avec une éruption papulo-pustuleuse, sur tout le corps et d'autres manifestations de syphilis secondaire. Réaction de Wassermann fortement positive. Petite ulcération indurée sur la vulve. Sur la lèvre antérieure du col existe une plaque muqueuse, d'environ 3/4 de cm. de diamètre, de contour arrondi et légèrement surélevée. Traitement mixte. Guérison, le 30 mai.

OBSERVATION XXXII (résumée).

Exanthème papuleux du col utérin.

H. D. . . , âgée de 16 ans, entre à l'hôpital, le 14 mars 1913, avec un écoulement vaginal, où on décèle la présence de gonocoques et des signes de syphilis secondaires. Wassermann, fortement positif. Ulcération superficielle sur la fourchette avec base indurée. Le col de l'utérus et le cul-de-sac antérieur sont couverts d'une éruption de papules, petites, blanchâtres, légèrement surélevées, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, en moyenne.

OBSERVATION XXXIII (résumée).

(Idem.)

Exanthème papuleux en voie de guérison sur le col.

M. H. . . ; âgée de 19 ans, entre à l'hôpital, le 3 octobre 1915. Pas d'histoire d'infection primaire. Pas de plaques muqueuses, ni d'éruption cutanée. Ganglions cervicaux et épitrochléens augmentés de volume.

Ulcération dans la fosse naviculaire.

Le col utérin a un aspect tacheté, bigarré, représentant, sans aucun doute, un stade de guérison de nombreuses papules.

OBSERVATION XXXIV (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis secondaire du col.

Jeanne L. . . , 20 ans, prostituée, entre, le 20 janvier 1919, à l'Hôpital Saint-Jean, avec des signes de syphilis secondaires : roseole sur le déclin, plaques muqueuses de la gorge, plaques papulo-hypertrophiques périgénitales et périanales, polyadénopathie. Les plaques de la grande lèvre droite reposent sur une surface indurée qui paraît être l'accident primitif secondarisé.

Sur le col utérin, il existe des érosions et des ulcérations ovalaires, arrondies, à reflets gris bleuâtres, légèrement infiltrés, mais superficielles, non indurées, sans signes de métrite, ni écoulement purulent du col ou du vagin.

La réaction de Bordet au Wassermann est positive (1).

Le traitement au novarsenobenzol est commencé, dès le 22 janvier ; les lésions répondent rapidement au traitement, mais demandent 5 injections de 0 gr. 15 à 0, 75, pour guérir, parallèlement avec celles de la gorge, et des régions périnanogénitales.

(1) Dans ce cas, et dans toutes les autres observations de syphilis secondaire, la recherche des tréponèmes ne fut pas effectuée pour les raisons indiquées plus haut (voir observation XIX, page 67). Le traitement spécifique fut également continué dans des consultations externes.

OBSERVATION XXXV (résumée).

(GELLHORN: *Surgery, Gynec. and Obstetrics*, 1919, p. 374.)

Plaques muqueuses intra-cervicales.

M. H. . . , âgée de 26 ans, prostituée, entre au City Hospital, le 28 novembre 1918, avec un Wassermann positif. Nie toute spécificité au premier abord. Puis reconnaît, enfin, qu'elle a eu un petit accident aux organes génitaux externes, il y a 3 semaines.

Examen général négatif. Aucun signe de syphilis.

Examen local : Sur la petite lèvre gauche, reliquat de l'induration de l'accident primaire.

Légère eversion des 2 lèvres cervicales, qui devient plus manifeste encore à l'introduction du spéculum : « Quand la sécrétion grisâtre qui recouvrait le col fut enlevée, le tiers inférieur du canal cervical devint visible. La muqueuse cervicale montrait, à la partie postérieure, une plaque oblongue, d'environ $3/4$ de cm. dans son plus grand diamètre, qui siégeait à environ $1/2$ cm. au-dessus de l'orifice externe. Cette plaque était très légèrement surélevée au-dessus de la muqueuse avoisinante et avait une surface rose finement granuleuse. Au pourtour, empiétant un peu sur la plaque, se manifestait une teinte jaunâtre. 2 autres plaques, plus petites et plus rondes, siégeaient à droite de celle-là et on pouvait en voir une 4^e sur la partie antérieure de la muqueuse. Toutes ces plaques étaient douces au toucher et saignaient légèrement au contact d'un instrument. » Nombreux spirochètes dans les frottis. Le 23 décembre, malgré le traitement spécifique, les lésions subsistait encore, sans qu'il y ait d'autre signe de syphilis secondaire.

Le 1^{er} janvier, la lésion primaire de la petite lèvre avait complètement disparu. Depuis, la malade fut complètement perdue de vue.

OBSERVATION XXXVI (résumée).

(GELHOM : *Trans. of Amer. Gynecol. Society*, May 1916.)

M. B. . . , âgée de 17 ans, entrée à l'hôpital, le 16 novembre 1915.

Rien dans les antécédents, sauf des pertes vaginales, d'autant de 7 mois, avec sensation de pesanteur dans l'abdomen et douleurs lombaires. Ganglions cervicaux augmentés de volume. Ecoulement vaginal blennorrhagique abondant.

Le col tout entier est recouvert d'une fausse membrane épaisse, gris blanchâtre, adhérente ; la surface sous-jacente saigne facilement. Après toilette vaginale, on examine de nouveau ; toute la lèvre postérieure du col est occupée par une lésion qui va de l'orifice externe au cul-de-sac postérieur. Elle est légèrement surélevée, de forme générale quadrangulaire. A sa surface, sont des nodules grands et petits, séparés par des fissures irrégulières. Le plus grand est situé près de l'orifice interne, tandis qu'à la partie postérieure, ils prennent un aspect uniforme et ressemblant à des granulations. Les bords rejoignent la muqueuse saine par une pente rapide. La couleur de la lésion est jaunâtre. La faible sécrétion de la surface fourmille de spirochètes.

Diagnostic : *Ulcération secondaire du col utérin.*

La malade sort de l'hôpital sans traitement et y rentre, le 27 janvier 1916, avec une gomme typique, développée sur le col, en forme de chou-fleur.

OBSERVATION XXXVII (résumée).

(Idem.)

P. G. . . , âgée de 21 ans. Entrée à l'hôpital, le 24 décembre 1915. Nullipare, sans aucun antécédent notable. Pertes vaginales depuis une semaine. Sur la petite lèvre gauche, petit nodule blanchâtre de la dimension d'une lentille, recouvert d'une fausse membrane blanc jaunâtre, étendue, facile à enlever. Ce nodule correspond à une petite ulcération à base légèrement indurée.

Nombreuses petites saillies nodulaires, recouvertes d'un revêtement blanc jaunâtre, adhérent à la partie postérieure du méat. Toute la vulve est œdématiée.

La lèvre antérieure du col est fortement congestionnée. Sur la lèvre postérieure, siège une ulcération légèrement suré-

levée, ronde, mesurant 1 cm. 1/4 de diamètre. Les contours sont bien limités et les bords descendent en pente douce vers les tissus voisins, dont ils sont séparés par une étroite ligne rouge. La surface est légèrement granuleuse et a une apparence jaunâtre, lardacée, due à une sorte de croûte transparente, gris jaunâtre. L'ulcération s'étend au canal cervical. Elle n'est pas douloureuse et saigne très peu au toucher. Nombreux spirochètes dans la lésion.

Wassermann = + + + +.

Après 4 jours de traitement spécifique, l'aspect de toutes ces lésions est transformé. L'ulcération du col est devenue une érosion propre, avec une base légèrement granuleuse et des bords nettement limités.

L'amélioration se poursuit peu à peu.

Diagnostic : *Ulcération secondaire du col.*

OBSERVATION XXXVIII

(Idem.)

C. G. . . , âgée de 19 ans. Entre à l'hôpital, le 18 novembre 1915, opur des pertes vaginales, teintées de sang depuis 2 jours.

A l'examen, on trouve une pharyngite syphilitique typique, une adénopathie multiple, une éruption maculeuse brun-jaunâtre, sur tout le corps. Le col porte, sur sa lèvre antérieure, une saillie légèrement élevée qui s'étend au cul-de-sac antérieur. Au spéculum, cette saillie apparaît comme un ovale transversal. Son bord inférieur, siège à environ 3/4 de centimètres au-dessus de l'orifice externe. La surface est finement granuleuse et coupée par deux fissures dont l'inférieure est tout à fait profonde et se dirige vers l'autre à angle aigu. La couleur de la lésion est jaune foncé, avec un réseau de fines lignes rouges dans la profondeur des tissus. Spirochètes nombreux dans les morceaux excisés. Wassermann = + + + +.

Diagnostic : *Ulcération secondaire du col.*

La malade refuse le traitement et sort. Elle rentre, le 27

janvier 1916, avec une périostite du tibia, un col utérin boursoufflé, des culs-de-sac empâtés. Sur la lèvre antérieure, la lésion est 1 fois 1/2 plus grande qu'avant, rouge, parsemée de taches grisâtres. La lèvre postérieure est, elle-même, en partie atteinte par l'ulcération, augmentée de volume, jaunâtre et luisante.

OBSERVATION XXXIX

(PINKUSS : *Zeitsch. f. Geb. u. Gynäk.*, 1906, p. 289.)

Ulcération secondaire du col utérin.

Femme de 22 ans, ayant des hémorragies utérines persistantes. A l'examen local, on trouve, sur la lèvre postérieure du col utérin, des plaques muqueuses. Sur la lèvre antérieure, existe une lésion d'apparence traumatique. Cette ulcération est surveillée pendant 7 semaines et devient jaunâtre, luisante avec des contours bien définis et des bords surélevés. La périphérie de l'ulcère saigne constamment. L'ulcère se déplace de droite à gauche, puis revient plus tard à son point de départ. A la partie supérieure apparaît un petit nodule, qui ressemble à un condylome et qui, finalement, disparaît, englobé dans la lésion principale.

On ne trouva pas de spirochètes dans les frottis. On pouvait éliminer la tuberculose et le carcinome, à cause d'une biopsie, dont le résultat fut négatif. Un chancre mou se serait accompagné d'adénopathie. Un chancre syphilitique aurait été induré, et la mollesse des tissus était remarquable.

Un ophtalmologiste avait, auparavant, trouvé chez la malade une lésion spécifique de l'œil.

Pinkuss conclut à une ulcération secondaire syphilitique.

OBSERVATION XXXX (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis secondaire probable du col utérin.

Marie G..., 29 ans, prostituée, entre à l'Hôpital Saint-Jean, le 7 juillet 1920. C'est une ancienne spécifique, traitée,

en 1918, par une série d'injections de novarsenobenzol et 15 injections de benzoate de mercure.

Sur le col utérin, existe une érosion de forme générale circulaire à bords circlinés, reposant sur une zone infiltrée, tapissée d'un enduit grisâtre, à surface légèrement granuleuse, cerclée par un liseré rouge-grisâtre, sans signes de blennorrhagie vulvaire, vaginale, des culs-de-sac, ni de métrite.

L'ulcération n'est pas douloureuse et ne saigne que très peu au toucher; elle n'est pas indurée.

La réaction de Bordet Wassermann est positive. Evolution calquée sur les cas précédents avec guérison rapide par le traitement exclusif général néoarsenobenzolé.

OBSERVATION XXXXI (résumé).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Petges.)

Syphilis secondaire probable du col utérin.

Thérèse M..., 24 ans, prostituée, entre à l'hôpital Saint-Jean le 3 décembre 1920. Elle est atteinte d'une métrite ancienne pour laquelle elle avait déjà été hospitalisée l'année précédente.

Elle présente des plaques muqueuses pharyngées, une alopecie secondaire et des syphilides papuleuses discrètement disséminées sur le tronc; certaines sont cerclées par une collerette de Bielt. Polyadenopathie généralisée caractéristique.

Sur la grande lèvre droite existe une ulcération qui ne paraît pas indurée et ressemble à une vésicule d'herpès ulcérée. Au speculum on se rend compte d'une métrite cervicale. Le col baigne dans le pus. Après assèchement, on aperçoit sur sa lèvre postérieure une ulcération ovale de 2 centimètres de long sur 1 de large environ, infiltrée, à contours bien définis et à bords légèrement surélevés, sans induration, offrant l'aspect d'une vaste plaque muqueuse érosive.

La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. L'hypothèse de syphilis secondaire se présentant, le traitement local prescrit consiste en injections au permanganate à 1/5.000. Le traitement général est institué dès le 5 décembre. L'ulcération cède après deux injections de novarsenobenzol, à

0 gr. 15-0,30. L'amélioration est nette après la troisième à 0 gr. 45; la guérison est presque complète après la quatrième à 0 gr. 60 et complète après la cinquième (0 gr. 75). La métrite persiste seule.

La guérison des lésions pharyngées, cutanées et utérines a suivi la même marche et la même progression. L'existence de l'alopécie, accident du troisième et quatrième mois de la syphilis, permet d'éliminer l'hypothèse du diagnostic de chancre induré du col.

OBSERVATION XXXXII (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis secondaire probable du col utérin.

Prosperine P..., âgée de 18 ans, prostituée, entre à l'hôpital le 1er décembre 1919. Elle a été traitée il y deux mois à Saint-Sebastien pour un chancre de la fourchette et a reçu trois injections de novarsenobenzol. Depuis, pas de traitement.

Sur le col utérin existe une vaste ulcération grisâtre, d'une apparence diphtéroïde, à limites légèrement festonnées donnant l'apparence d'une vaste plaque muqueuse.

L'orifice du col laisse sourdre une sécrétion épaisse, purulente, jaunâtre.

Adenopathie généralisée. La gorge est saine.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Une série de novarsenobenzol est instituée : évolution semblable à celle des cas précédents.

OBSERVATION XXXXIII (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.)

Syphilis secondaire probable du col utérin.

Suzanne E..., 22 ans, prostituée, entre à l'hôpital Saint-Jean le 22 septembre 1919 avec le diagnostic de chancre du col utérin. A l'examen, on constate tout d'abord l'existence d'un écoulement vaginal abondant, épais, expliqué par une métrite purulente et de la vulvovaginite.

Les deux lèvres de l'orifice cervical sont en ectropion et, après enlèvement du pus avec un tampon, on voit une ulcération centrée par le col, qui s'étale surtout sur les lèvres antérieure et postérieure et qui est formée par la coalescence de plusieurs ulcérations plus petites, arrondies, d'où résulte une ulcération à bords festonnés, frangés.

Cette ulcération, prise au début pour un chancre, a des bords de couleur rougeâtre, d'aspect finement granuleux, recouverte d'un enduit diphtéroïde superficiel; il existe une légère infiltration mais pas d'induration. Il existe une polyadénopathie caractéristique avec des ganglions épitrochléens volumineux.

Sous l'influence du traitement exclusif arsenobenzolé, l'évolution est calquée sur celle des deux cas précédents : la cicatrisation rapide de l'ulcération témoigne de son origine syphilitique chez une malade atteinte de blennorrhagie.

3. — ETUDE CLINIQUE

Ces exemples variés de lésions secondaires du col utérin nous donnent une idée suffisante de l'affection. Il importe toutefois de les classer et d'insister sur quelques caractères importants. Dans son *Traité de la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme* (1873), Fournier a donné des lésions secondaires utrines une classification qui les distingue en syphilides érosives, papuleuses et ulcéreuses. Malgré des classifications plus récentes, nous préférons nous en tenir aux cadres tracés par le maître français.

La *forme érosive* est constituée par de simples érosions superficielles du type de celles mentionnées dans les observations XXVI et XXVII. Dans le premier de ces cas, trois zones rouges existaient sur le col utérin qui représentaient sans aucun doute le reliquat de 3 érosions en train de guérir, alors qu'une quatrième était en plein développement à côté. Leur fond est plat, au même niveau que la muqueuse

d'alentour, lisse ou très rarement granuleuse. Leur coloration est rouge sombre, ou parfois opaline, grisâtre, due dans ce cas aux sécrétions accumulées à la surface de la lésion.

Quelques-unes saignent facilement au contact d'un instrument. Leur diagnostic se fait aisément lorsqu'elles affectent la forme cerclée ou annulaire, particulière aux lésions spécifiques, et quand elles sont accompagnées d'accidents secondaires sur d'autres parties du corps. Il y a lieu de les distinguer des *érosions de métrite*, granuleuses, de forme irrégulière, qui s'accompagnent de réactions inflammatoires sur le col utérin et de troubles fonctionnels marqués ; — des vésicules d'*herpès* ulcérées, réunies en placards à contours polycycliques, coïncidant en général avec d'autres vésicules caractéristiques dans le voisinage ; — du *chancre mou* à sa période de réparation, grâce aux résultats de l'auto-inoculation.

Dans tous les cas, on ne négligera pas les témoignages fournis par la recherche des spirochètes, la réaction de Bordet-Wassermann et le traitement d'épreuve.

La *forme papuleuse* est en général considérée comme la plus fréquente. Pour en fournir quelques types nous avons emprunté à l'atlas d'Oppenheim 3 observations (XXVIII, XXIX et XXX) qui jointes à quelques cas de Gelblom et à une observation inédite (XXXIV) constituent des exemples assez variés.

Les papules représentent au début des proliférations épithéliales au-dessus du niveau de la muqueuse, ayant en général débuté par de simples macules. Ce sont de petits plateaux légèrement saillants, ronds ou elliptiques, de la dimension d'une tête d'épingle ou d'une lentille au maximum, isolés ou confluent. Dans leur réunion même en plaques plus importantes il est possible de distinguer à la périphérie les éléments simples du début. Les 3 observations d'Oppenheim en représentent des cas typiques ainsi que les observations XXXII, XXXIV. Aussi longtemps que

l'épithélium est intact, leur surface est lisse, polie, leur couleur blanchâtre, opaline. Un peu plus tard on assiste à un processus d'érosion débutant par le centre (type papulo-érosif de Fournier, lenticulaire érodé d'Oppenheim) qui peut transformer la coloration primitive en un rouge vif que les sécrétions de la surface dissimulent sous un revêtement grisâtre diphtéroïde.

Fournier nie avoir rencontré au niveau du col des formes papulo-hypertrophiques, si fréquentes sur les autres muqueuses. Cependant Oppenheim donne quelques plaques assez suggestives d'une lésion qualifiée par lui d'hypertrophique ulcérée qui semble représenter parfaitement ce type. Les 4 cas de condylomes rapportés par Rille, une des observations de Gellhorn (obs. XXXVI) pourraient fournir autant de témoignages de l'existence d'une forme papulo-hypertrophique, rare sans doute, mais digne cependant de figurer dans une description complète.

Le diagnostic de ces syphilides papuleuses est facile lorsqu'elles sont situées en dehors du museau de tanche. A l'orifice, leurs caractères peuvent se modifier : elles peuvent y être confondues avec les *érosions granuleuses* de la métrite et dès lors les moyens généraux de diagnostic déjà mentionnés devront venir apporter leur témoignage dans une appréciation délicate.

La *forme ulcéreuse* n'a pas de caractères bien particuliers. Aussi est-ce sans doute la plus souvent méconnue parmi les variétés de syphilis secondaire. Nous rangerons sous cette rubrique tous les types rapportés par les observations que nous n'avons pu faire figurer dans les cadres précédents.

Il s'agit d'ulcérations assez souvent localisées à la partie centrale du col, d'un jaune foncé qui est dû d'après Gellhorn à la dégénérescence graisseuse superficielle des cellules.

Le contour en est bien défini ; il facilite le diagnostic

lorsqu'on y trouve une disposition en arcs de cercle, en festons (observation XXXXII) caractéristique de la syphilis.

L'état du col n'est pas par ailleurs influencé, sauf dans le cas d'une infection surajoutée et l'indolence, l'absence de troubles fonctionnels, d'adénopathie, contribue beaucoup à rendre de telles lésions suspectes.

La principale difficulté du diagnostic tient à la confusion possible avec le *chancre simple*. Fournier prétendait que c'était un des diagnostics différentiels les plus ardues, les plus délicats de toute la syphiligraphie. Il citait en faveur de la syphilis : les commémoratifs (date éloignée du dernier coït), la configuration arciforme, la présence en faveur du chancre simple : la coque inflammatoire, les bords inégaux, à pic, décollés, fongueux, gal, vermoulu, alvéolaire, la coloration jaune clair, vive, la multiplicité et l'inégalité de développement des diverses lésions (c'est un chancre qui vit en famille, entouré de ses enfants, disait Ricord), enfin la présence du bacille de Durey. Nous conseillerions aujourd'hui de rechercher en plus les spirochètes, le résultat de la réaction de Bordet-Wassermann et ceux du traitement d'épreuve.

Evolution.

L'évolution de ces lésions est particulièrement rapide en ce qui concerne les 2 premières formes. En quelques jours, en une ou deux semaines les érosions ou les papules peuvent avoir disparu sans laisser de traces.

Les ulcérations peuvent être plus longues à guérir si le traitement laisse à désirer. Pinkuss (obs. XXXIX) en observa une pendant sept semaines. Gellhorn (obs. XXXVIII) retrouva un mois et demi après l'avoir déjà observée, agrandie et aggravée, une ulcération du col utérin laissée sans traitement.

Traitement.

Le traitement de ces lésions, comme du reste celui du chancre, ne s'écarte en rien des règles générales du traitement spécifique. En dehors d'injections de propreté, la cure classique de novarsénobenzol arrive à cicatriser rapidement ces lésions sans le secours d'une thérapeutique locale spéciale. Il est à noter que dans tous les cas que nous rapportons, une fois la malade guérie de son accident utérin, le traitement spécifique fût continué à la consultation externe.

CONCLUSIONS

1° La syphilis primaire et secondaire du col utérin est rarement diagnostiquée.

2° Elle est souvent méconnue faute d'examen systématique et, vraisemblablement, elle est plus fréquente qu'on ne le pense.

3° Le chancre syphilitique du col se présente sous la forme classique érosive, avec les caractères habituels de l'accident primaire, plus rarement sous une forme ulcéreuse simulant l'épithélioma. Il peut siéger intracervicalement.

4° La syphilis secondaire utérine se manifeste sous trois formes : érosive, papuleuse et ulcéreuse. Son siège peut être également intracervical.

5° Le diagnostic des lésions syphilitiques au niveau du col utérin se base surtout sur leur forme arrondie, la présence de lésions identiques sur le reste du corps, la présence de spirochètes dans les frottis, les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann et du traitement d'épreuve.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

G. PETGES.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

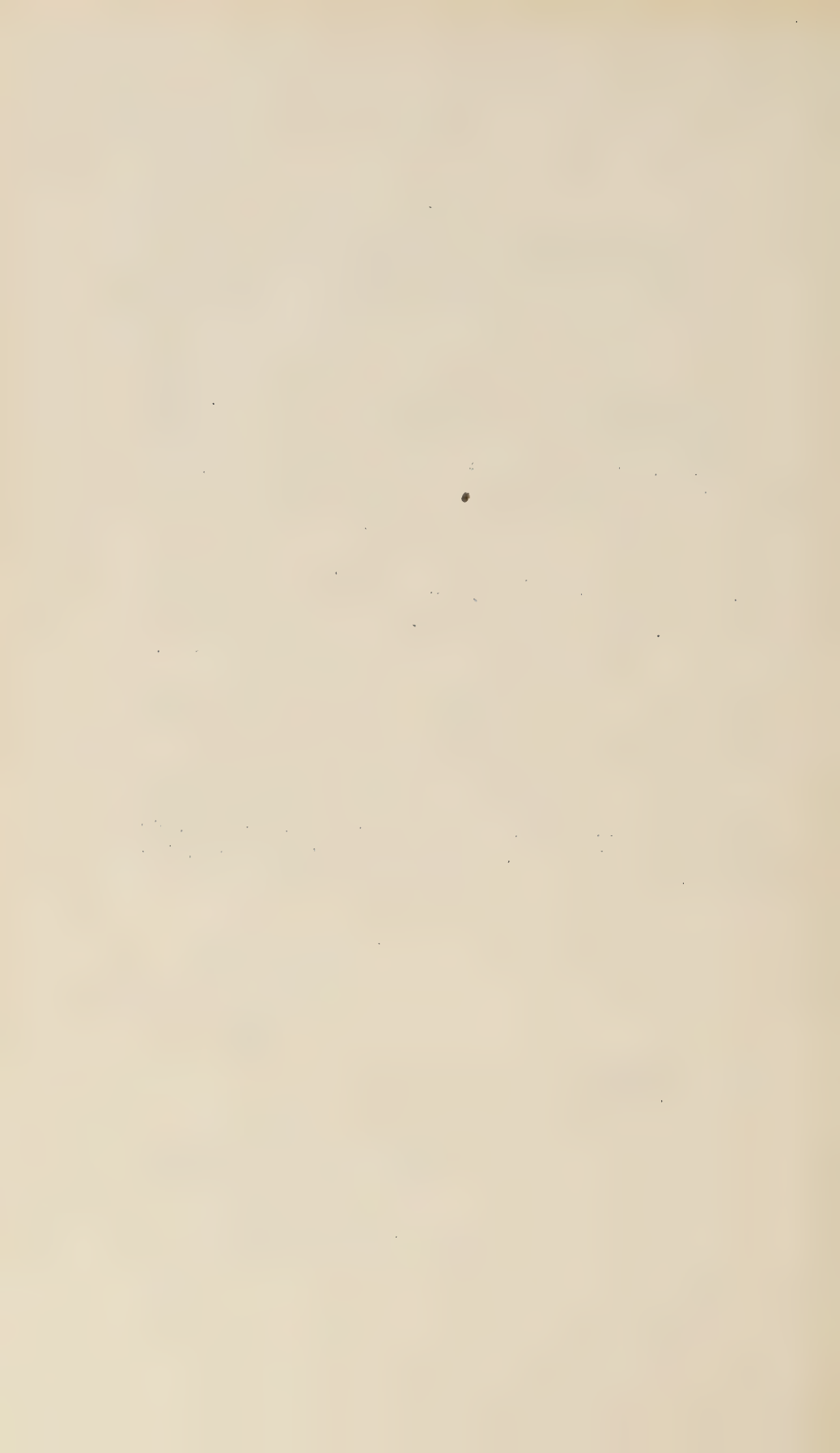
Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 Novembre 1922.

P^r le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué,

D^r C. SIGALAS.



BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Leçon clinique sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858-60, p. 524.
- AUGAGNEUR et CARLE. — Précis des maladies vénériennes. Paris, 1906. *Doin éd.*, p. 274.
- BARTKOLOMEW. — Un cas d'ulcération syphilitique de la voûte vaginale compliquant une gestation du huitième mois. *Amer. Journ. of syphilis*. Saint-Louis, t. iv, oct. 1920, p. 725.
- BELGODÉRE. — Sur un chancre du col utérin. *Ann. des Mal. vénériennes*. Déc. 1920, p. 716.
- BETTI. — Due casi di sifilide uterina ed annessiale. *Clin. ostet.* Roma 1905, vii, p. 161.
- BERDARRAMPÉ. — Sifilis interna : contribucion a su estudio. *Prensa Méd. argent.* Buenos-Ayres, 1917-18, iv, p. 301.
- BERNUTZ. — Les affections syphilitiques du col de l'utérus. *Société Méd. des Hôpitaux* 1855, p. 384.
- BLANDIN. — Syphilis du col utérin chez une femme enceinte. *Société d'obstétrique*. Paris, 19 décembre 1901.
- CATALA. — Chancre syphilitique du col utérin. *J. des sages-femmes*. Paris 1910, xxxviii, p. 25.
- CASANOVAS CAMPS. — Estudio des chancro sifilitico utérino. *Rev. espec. médi.* Madrid 1905, viii, p. 498.

- CHAMBRELENT. — Lésions syphilitiques du col utérin. *Bull. Soc. d'Anat. Physio.*, Bordeaux, 1885, VI p. 214.
- CHAYET. — Des engorgements et des ulcérations du col de la matrice, *Thèse*, Paris, 1845.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1878, p. 500.
- DELAUNAY et DARRÉ. — Diagnostic des ulcérations du col utérin. *Gaz. des Hôpitaux*, 16 septembre 1905.
- DECIO. — Lesioni sifilitiche del collo uterino. *Folia Gynæcologica*, Pavia, 1920, XIII, p. 345.
- DESPRÈS. — Traité de l'ulcération et des ulcères du col utérin. Paris, 1870.
- DORA FUCHS. — Recherches des spirochètes dans le canal cervical. *Deutsche Med. Woch.*, 14 oct. 1920, p. 1165.
- DUJARDIN. — La syphilis ignorée. *Presse Med.*, 26 juin, 1919.
- DUPARCQUE. — *Traité des maladies de la matrice*, tome I.
- FEROUELLE. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1902.
- FOULQUIER. — De la syphilis utérine secondaire. *Thèse*, Paris, 1881.
- FOURCAULD (de). — De l'hypertrophie exulcération de l'utérus dans la syphilis secondaire. *Ann. de Dermato. et de Syph.*, 1887, p. 466.
- FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris, Delahaye, 1873.
— *Traité de la Syphilis*, Paris, Rueff., 1898.
- FRANCESCHINI. — Contribution à la classification et à la symptomatologie de la syphilis du système reproducteur chez la femme. *Ann. des mal. vén.*, 1909.
- GALLVARD. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. *France méd.*, 1890. N° 16.

- GAUCHER. — Les lésions syphilitiques méconnues. *Ann. des Mal. Vén.*, 1916, p. 155.
- La syphilis sans chancre chez la femme. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1916.
- GAUCHER et GIROUX. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. *Ann. des Mal. Vén.*, 1913, VIII, p. 534.
- GELLHORN. — Secondary syphilis of uterus. *Surgery, Gyn. and obstetrics*. Chicago. Oct. 1919, p. 374.
- GELLHORN et EHRENFEST. — Syphilis of internal genital organs in the female. *Trans. of Amer. Gyn. Soc.* Washington, may 1916.
- Recherche des spirochètes dans la syphilis primitive du col. *Deust. Méd. Woch.*, 6 janvier 1921.
- GOSSELIN. — De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin. *Arch. gén. de Médecine*, 1845.
- HÉBERT. — Syphilis utérine. *Normandie Méd.* 25 mars 1905.
- HINCHEY. — Presentation of patient with mucous patches of cervix. *Weekly Bull. St-Louis Soc.* 1910, IV, p. 125.
- JACOBS. — Syphilis utérine. *Progrès méd. Belge*, Bruxelles, VII, 1, 1905.
- JULLIEN. — Traité des Maladies vénériennes, Paris, Baillière, 1885.
- KLINK. — Chancres de la portion vaginale du col. *Viertelap. für dermat.* 1876, page 542.
- LANTUEJOUL. — Le chancre syphilitique du col chez la femme enceinte. *Gynéc. et Obstétrique*, Paris, 1920, t. II, page 110.
- LA TORRE. — Della sifilide uterina. *Clin. Ostet.*, 1904, t. IV, fasc. 12.
- LEBEAU. — Essai sur les ulcérations du col de l'utérus, *Thèse*, Paris, 1861.

- LE BIGOT. — Chancre syphilitique du col de l'utérus. Influence sur l'accouchement, *Thèse*, Paris, 1898.
- LEGRAIN. — Contribution à l'étude de la syphilis utérine. *Ann. des Mal. des org. gén. ur.*, 1898, p. 358.
- LIÉGNER. — Chancre de la portion vaginale de l'utérus. *Monats für Gebur. und Gynæk.*, t. LIV, n° 5, 1921.
- LUCA (de). — Les syphilides précoces du col de l'utérus. *Sicilia Medic.*, n° 11-12, 1889, p. 922.
- MANDL. — Syphilis des utérus. *Deust. Med. Woch.*, 1918, t. x/iv, 13.
- MARTINEAU. — Leçons cliniques sur la syphilis secondaire du vagin et de l'utérus, *Union Médic.*, mai, 1880.
- MESNARD. — De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col sur l'accouchement, *Thèse*, Paris, 1884.
- MEYER (P.). — La syphilis des organes génitaux internes de la femme, *Deutsche Med. Woch.*, n° 4, 1913, p. 169.
- MEYER (R.). — La question de la syphilis utérine, *Gesell. für Gebur. u. Gynaek, Berlin*, 25 juin 1921.
- NEUMANN. — Syphilis des Vagina, des Uterus und seines Adnexes. *Munch. Med. Woch.*, 1895.
- NORRIS. — Syphilis de l'Utérus, *Surgery, Gyn. and Obstetrics*, Chicago, septembre 1915, p. 268.
- OPPENHEIM (M.). — Atlas des affections vénériennes de la portion vaginale de l'utérus et du vagin. Wien 1908, *Deuticke ed.*
- OZENNE. — *Traité de la syphilis de l'utérus et de ses annexes*, Paris, Masson, 1921.
— Métrorragies coïncidant avec des ulcérations du col utérin au cours de la période secondaire de la syphilis, *Soc. Méd. Chir.*, févr. 1904.
- OZENNE et DURGEUX. — Chancre syphilitique du col utérin prolabé, *Ann. des Mal. Vén.*, juillet 1922.

- PASSENAUD. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique de l'utérus, *Thèse*, Paris, 1904.
- PATACHO. — Sifilides ulcêrosas do collo uterino. *Méd. contemp.*, Lisbonne, 1906.
- PICHEVIN. — La syphilis utérine, *Semaine Gynécol.*, 21 février, 1905.
- PINARD. — A propos de la syphilis utérine et périutérine, *Congrès d'Obstét. et de Gynéc.*, Rouen, 1904.
- PRENTISS. — Syphilis of the uterus. *Am. Journ. of Obst. N.-Y.*, 1916, p. 480.
- RASUMOW. — Statistique des chancres de la portion vaginale du col, *Viert. für Dermat. und Syph.*, 1880, p. 513.
- RICORD. — Mémoires sur quelques faits d'ulcérations vénériennes, observés à l'hôpital de Lourcine.
- ROSTAINE et DRUELLE. — 2 cas d'ablation de chancres syphilitiques pris pour des tumeurs malignes. *Arch. gén. de Méd.*, 15 décembre 1903, p. 152.
- RILLE. — Etude des chancres du vagin et de la portion vaginale de l'utérus. *Deutsch. Med. Woch.* 1904, p. 624.
- ROLLET. — Les maladies vénériennes et syphilitiques de l'utérus. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1869-70, p. 50.
- RUDEAUX. — Chancre du col utérin au cours de la grossesse. *Soc. d'Obst. et Gyn.* vi, 1904, p. 221.
- SABOURAUD. — Des lésions syphilitiques méconnues opérées chirurgicalement comme cancers ou tuberculoses locales. *Paris Médical* 1917, p. 514.
- SCHWARTZ. — Etude sur les chancres du col de l'utérus. *Thèse* Paris, 1873.
- SIREDEY ET FAURE. — *Traité de Gynécologie*, Paris 1911.
- THIBIERGE. — Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus. *Ann. de Derm. et Syph.*, février 1904.

UNGARO. — Sifilide primitiva uterina. *Rassegna d'ostet. e ginec.*, Napoli 1909, XVIII, p. 395.

ZOMAKION. — Chancre induré du col utérin et son diagnostic. *Archiv. für Dermatol. und Syphilis*. Wiener und Leipzig 1913, p. 329.

